

Rapport

”Det går likar no...!”

Hvordan motivere til fagutvikling av
sykepleiernes dokumentasjonspraksis
ved hjelp av aksjonsforskning
som metode

Eva Fiskum

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 61

Steinkjer 2009



“Det går likar no...!”

Hvordan motivere til fagutvikling av sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved hjelp av aksjonsforskning som metode

Eva Fiskum

Rapport fra en samarbeidsstudie mellom Helse Nord-Trøndelag,
Sykehuset Namsos og Høgskolen i Nord-Trøndelag



Høgskolen i Nord-Trøndelag

Rapport nr 61

Avdeling for helsefag

ISBN 978-82-7456-580-7

ISSN 1504-7172

Steinkjer 2009



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfellevalueres på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/hint/fagportal/bibliotek/hint_publicasjoner

Rettighetshaver
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Hovedbibliotekar

Kvalitetssikret av
Ingela Enmarker, HiNT, avd. helsefag (intern)
Ann Kristin Rotegård, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus/UiO (ekstern)

Nøkkelord: sykepleiedokumentasjon, fagutvikling, endringsprosess, motivasjon, aksjonsforskning

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Serviceboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:
bibste@hint.no eller hovedbibliotekar@hint.no

Forord

Først vil jeg rette en takk til samarbeidsorganet mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag og begge institusjonene for tildeling av nødvendige økonomiske midler slik at vi kunne få komme i gang med et slikt prosjekt. Likedan vil jeg rette en takk til prosjekteierne (styringsgruppen) for den tillit de har vist meg ved å engasjere meg som prosjektleder for dette spennende prosjektet. Jeg vil også takke alle pleierne i feltet som har stilt villig opp og delt av sine erfaringer og tanker og viste evne og vilje til å prøve ut nye grep for å bedre egen dokumentasjonspraksis. Takk til alle dere andre som har støttet opp om prosjektet og har hatt tro på at endringer gjennom aksjonsforskning kan være en fornuftig og nyttig måte å organisere endringer i praksis på.

Men mest av alt vil jeg takk de utrolige dyktige og engasjerte sykepleierne som til sammen dannet prosjektgruppen jeg har samarbeidet tett med gjennom hele prosjektet. Takk til Grethe Venæs Kveli, Ellen Vestgøte, Bodil Lian Hildrum, Brit Thorsen, Ingrid Flø og Ann Kristin Lænd. Takk for de gode innspill, den stor velvilje og en den tålmodighet dere brakte med dere inn i prosjektet. Med dere som medforskere i prosjektet har jeg opplevd et tett, godt og faglig utviklende samarbeid i prosjektperioden.

Dette blir en omfattende rapport. Anvendelse av aksjonsforskning som design for et prosjekt krever en fyldig redegjørelse både av analyseprosesser og fremstilling av ny kunnskap så vel som presentasjon av aksjonsdelen av prosjektet, der samspillet mellom organisering og evalueringer bør komme tydelig frem. Målgruppen for rapporten er sykepleiere i det kliniske felt som ønsker å ta del i andres erfaringer og tips til utforming av endringsprosjekter eller å lære mer om ulike sider ved sykepleiernes dokumentasjonskultur. I tillegg

ønsker jeg selvsagt å bringe resultatene tilbake til feltet som har jobbet med problemstillingene på en så målrettet og positiv måte.

Takk til Ove Hellzen (professor, Høgskolen i Nord-Trøndelag, avd. Helsefag) som har gitt meg nyttig veiledning på metodiske utfordringer underveis i prosessen. Til slutt vil jeg takke Ingela Enmarker (førsteamanuensis, Høgskolen i Nord-Trøndelag, avd. Helsefag) og Ann Kristin Rotegård (kandidat i sykepleievitenskap og stipendiat, Senter for pasientmedvirkning og Sykepleieforskning, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus/UiO) for deres innsats gjennom fagfellevurdering av denne rapporten. Jeg håper jeg har greit å presentere prosjektets gang og funn på en respektfull og informativ måte.

Eva Fiskum

Namsos 01.06.09

Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet:

Tidligere studier i feltet og annen relevant forskning viste at sykepleiere hadde en noe svak faglig og juridisk innsikt i sykepleiedokumentasjonens hensikter. De viste til liten faglig trygghet i hva som skulle dokumenteres og hvordan. Dokumentasjonen ble for tilfeldig og lite strukturert, den sikret ikke kvalitet og kontinuitet i pleien. Dokumentasjonen fungerte i liten grad som et nyttig arbeidsredskap for sykepleiere i planlegging av pleien til pasienten.

Hensikt:

Prosjektets hovedmål var at sykepleiere skulle dokumentere relevante og nødvendige data på en måte som sikret kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient. Prosjektet skulle motivere for faglig utvikling av pleiernes dokumentasjonspraksis.

Metode: Prosjektet benyttet aksjonsforskning som metode. En metode som sikret involvering av feltet, var situasjonsspesifikk og problemfokuseret. Data innsamlet ved prosjektstart (baseline) ble analysert og dannet grunnlaget for en målrettet aksjon i feltet. Endringer i feltet ble fanget opp gjennom repeterende evaluering ved prosjektslutt.

Resultater: Flere pleiere viste etter aksjon til et mer tydelig sykepleiefaglig fokus på innholdet i dokumentasjonen, var mer individuelt fokuserte i sin tilnærming til pasientens behov for sykepleie og var mer samkjørte i bruken av dokumentasjonsredskapet. Dokumentasjonen opplevdes i større grad som et nyttig arbeidsredskap i den daglige pleien. Flere pleiere gikk inn i journalen for å lese seg opp på pasientens behov for sykepleie og flere pleiere så nytten av en godt ajourført pleieplan. Fortsatt viste pleierne for stor utrygghet i å vurdere hva som skulle betraktes som relevante og nødvendige data å nedtegne i journalen.

For mange pleiere var fortsatt ved prosjektslutt illojale i forhold til de beslutninger som var tatt vedrørende bruk av dokumentasjonsredskapene. Det var etter endt prosjekt fortsatt en for svak og noe tilfeldig ajourføring av pasientenes pleieplaner.

Konklusjoner: Fagutvikling i praksis organisert gjennom involverende og praksisnære prosesser med aksjonsforskning som metode, har gitt positive endringsprosesser i feltet. Avklaring av konkrete mål og tiltak for aksjonen ga tydelig retning for utviklingen. Utfordringer blir å holde endringsprosessene ved like og fortsatt legge til rette for at pleierne oppnår ønsket kompetanse.

Emneord: sykepleiedokumentasjon, fagutvikling, endringsprosess, motivasjon, aksjonsforskning

Innhold

1	Innledning.....	11
1.1	Bakgrunn for prosjektet.....	11
1.2	Studiens hensikt.....	14
1.3	Avklaring av uttrykket ”dokumentasjonspraksis”.....	15
1.4	Organisering a prosjektet.....	15
1.5	Betydningen av denne studien.....	16
1.6	Rapportens oppbygning.....	17
2	Teoretisk forforståelse.....	19
2.1	Krav og forventninger til dokumentasjon av helsehjelp i en pasientjournal.....	20
2.1.1	Juridiske krav.....	20
2.1.2	Dokumentasjonens faglige hensikter.....	22
2.2	Motivasjon for endring.....	24
3	Metode.....	29
3.1	Aksjonsforskning.....	29
3.2	Metoder for innsamling av relevante og nødvendige data.....	33
3.3	Beskrivelse av feltet.....	38
3.4	Metodekritikk.....	41
3.4.1	Validitet og reliabilitet.....	42
3.4.2	Etiske overveielser.....	43
4	Analyse og presentasjon av funn.....	45
4.1	Rammer for analyse og presentasjon av funn.....	47
4.1.1	Struktur for analyse av data.....	47
4.1.2	Rammer for presentasjon av funn.....	49

4.2	Analyse og presentasjon av funn fra kartlegging ved baseline	51
4.2.1	Analyse av datamateriale baseline	51
4.2.2	Presentasjon av funn fra kartlegging baseline.....	55
4.3	Prosjektets aksjonsdel.....	62
4.3.1	Utarbeidelse av ”Plan for aksjon”	63
4.3.2	Tiltak for å øke pleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter.....	64
4.3.3	Aksjon – en syklisk prosess	65
4.3.4	I hvor stor grad har vi nådd målene i ”Plan for aksjon”?.....	71
4.4	Analyse og presentasjon av funn fra repeterende evaluering ved prosjektslutt	73
4.4.1	Analyse av datamateriale fra repeterende evaluering	74
4.4.2	Presentasjon av funn fra repeterende evaluering	76
4.4.3	Foreløpig oppsummering av funn	83
5	”Det går likar no....!” – en drøfting av studiens resultater	87
5.1.1	Hva legger pleierne i relevante og nødvendige data?	88
5.1.2	På hvilken måte nedtegner pleierne relevante og nødvendige data?.....	94
5.1.3	Sikrer dokumentasjon kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient?	99
5.1.4	Oppsummering drøfting av resultater	103
6	Erfaringer med aksjonsforskning som metode.....	105
6.1	Feltet	105
6.2	Prosjektgruppen	108
6.3	Prosjektleders refleksjoner.....	110
	Litteraturliste.....	113

Tabell-, figur og vedleggsoversikt

Tabell 1:	Metode for datainnsamling og utvalgsriterier
Tabell 2:	Frekvensoversikt refleksjonsskjema for 2007 og 2008 samlet
Tabell 3:	Oversikt over feltets involvering i prosjektet
Tabell 4;	Oversikt kronologisk fremdrift i prosjektet fra oppstart oktober 2007 til avslutning desember 2008
Tabell 5:	Oversikt prosjektleders og prosjektgruppesykepleiernes involvering i analyseprosessene
Tabell 6:	Rolle og ansvarsfordeling analyseprosess ved kartlegging baseline november 2007
Tabell 7:	Oversikt analyseprosess ved repeterende evaluering november 2008

Figur I;	Oversikt prosjektets ulike arbeidsfaser
----------	---

Vedlegg I	Refleksjonsskjema
Vedlegg II	Informasjonsskriv respondenter refleksjonsskjema
Vedlegg III	Informasjonsskriv informanter intervju
Vedlegg IV	Intervjuguide
Vedlegg V	Program temadag for pleiergruppen
Vedlegg VI	”Plan for aksjon”
Vedlegg VII	Informasjonsskriv poster

1 Innledning

Denne rapporten beskriver et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) avdeling helsefag, grunnutdanning sykepleie, campus Namsos og Helse Nord-Trøndelag (HNT) Sykehuset Namsos, representert ved sju av sykehusets avdelinger (medisin, kirurgi, hjerteovervåkning og intensiv). Prosjektet har pågått i tidsrommet oktober 2007 ut desember 2008. Rapporten bygger på datamateriale samlet inn gjennom kartlegging ved prosjektstart (baseline), gjennom en aksjon i feltet og en repeterende evaluering ved prosjektslutt. Prosjektet ble organisert og gjennomført av en prosjektgruppe, rapporten er skrevet av prosjektleder.

Prosjektet har hatt fokus på sykepleiernes dokumentasjonspraksis.

Aksjonsforskning har vært benyttet som metode for å styrke pleiernes motivasjon til forbedring av dokumentasjonens sykepleiefaglige innhold og bidra til at dokumentasjonen kunne anvendes som et nyttig arbeidsredskap i planlegging og gjennomføring av sykepleie.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I 2001 trådte nye helselover i kraft. Helsepersonelloven §§ 39 og 40 pålegger sykepleiere og annet helsepersonell å nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om sin selvstendige helsehjelp i en journal for pasienten, journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk (HOD, 1999a). Nedtegnelsene skal danne grunnlag for videre planlegging, iverksetting og evaluering av sykepleie til pasienten. Nedtegnelsene skal også danne grunnlag for kvalitetssikring av praksis og være en kilde til informasjon for pasienten. Nedtegnelser i pasientjournalene skal kunne være kilde for tilsynsmyndigheter og benyttes som juridiske dokumenter av høy etterrettelighet. Hva som kan forstås som relevante

og nødvendige data er ytterligere presisert i en egen forskrift om pasientjournal, § 8 (HOD, 2000).

Innholdet i dokumentasjonen skal synliggjøre hvordan pasienten sikres sine lovpålagte rettigheter, som blant annet rett til informasjon og rett til medvirkning (HOD, 1999b). Dette krever at pasienten blir tatt med på råd og hørt når behov for sykepleie skal avklares og planer legges. Dokumentasjonen skal i følge lovgiver først og fremst være et nyttig *arbeidsredskap* i helsearbeiderens praksishverdag (SHD, 1998). Skal man oppnå denne hensikten må journalen inneholde de data helsearbeideren trenger for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp. Data må være tilgjengelig når helsearbeideren trenger dem, og journalføringen må være oversiktlig å finne frem i. Det blir viktig med en god og ryddig struktur på dokumentasjonen.

Prosjektleder har tidligere utført to studier av sykepleiernes dokumentasjonspraksis i det aktuelle praksisfelt; ”Pasienten først?” (Fiskum, 2002) og ”Sykepleieres dokumentasjonspraksis - Et arbeidsnotat som beskriver sykepleiernes opplevelser og tanker rundt egen dokumentasjonspraksis” (Fiskum, 2006). Disse studiene viser at sykepleiere har en noe svak faglig og juridisk innsikt i sykepleiedokumentasjonens hensikter. Sykepleiere viser videre til liten faglig trygghet i hva som skal dokumenteres og hvordan.

Dokumentasjonen blir for tilfeldig og lite strukturert, den sikrer ikke kvalitet og kontinuitet i pleien. Dette samsvarer med funn i andre tilsvarende undersøkelser (Stokke 1999, Grønvold 2000, Drange 2001, Oppheim 2004 og Heggdal 2006). I tillegg viser internasjonal forskning oppsummert i en reviewartikkel fra 2005 at sykepleiere ut over den norske sykepleiepraksis har store faglige utfordringer i det å skulle dokumentere sin selvstendige helsehjelp på en faglig forsvarlig måte i pasientjournalen (Kärkkäinen m.fl., 2005).

Kärkkäinen m.fl. (2005) undersøker i sin review-artikkel hvor godt den individuelt tilpassede pleien til pasienten kommer frem i sykepleiernes dokumentasjon. De finner at dokumentasjonen ikke viser til en individuelt tilpasset sykepleie, sykepleierne er mer opptatt av å beskrive sine egne oppgaver enn pasientenes behov, erfaringer og opplevelser. Videre finner de at grunnleggende sykepleie er mindre vektlagt i dokumentasjonen enn den medisinsk fokuserte pleien. Pleieplaner bærer preg av å være nedskrevet under hastverk og fanger i liten grad opp pasientens muligheter for medvirkning eller involvering. De finner også at standardiserte strukturer og systemer for sykepleiedokumentasjon ikke nødvendigvis fremmer et individuelt fokus på dokumentasjon av pleien. De konkluderer i sin studie med at sykepleierne må avklare hvordan dokumentasjonen skal kunne bli en essensiell del av en god pasientpleie. Sykepleiere må legge til rette for at pasientene kan få rom til å beskrive sine egne opplevelser og behov, disse må så danne grunnlag for planlegging av pleien (Kärkkäinen, 2005).

Når man har ambisjoner om å endre på eksisterende praksis i et felt, må man kjenne ulike sider ved det feltet hvor endringene skal implementeres. Her må man ta høyde for både strukturelle, individuelle og kulturelle faktorer som kan fremme eller hemme endring. I dette prosjektet har det ikke vært rom for å gjøre nærmere kartlegginger i så måte. Strukturelle faktorer vil kunne være, slik prosjektleder forstår det, de dokumentredskap pleierne har tilgjengelig, formelle krav til dokumentasjon som skissert over og struktur for organisering og ledelse av sykepleien i avdelingene. Individuelle faktorer vil kunne være faglige og personlige egenskaper ved pleierne, gjerne forstått som kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Kulturelle faktorer vil i følge Jakobsen (2005) kunne være sider ved det fysiske miljøet, regler for samhandling, grunnleggende verdier og kulturens felles språk.

1.2 Studiens hensikt

Jamfør Kaasa (2004) står dokumentasjon helt sentralt i forhold til faglig kvalitetsutvikling. Det er ikke nok å tro eller å synes at noe virker bra, det må også kunne dokumenteres og etterprøves. Dokumentasjon av faglig sykepleieutøvelse i en pasientjournal er en viktig kilde for vurdering av effekten av og kvaliteten på tjenesteutøvelsen. I dette prosjektet har vi derfor forsøkt å bidra til en utvikling av pleiernes faglige bevissthet omkring egen dokumentasjonspraksis. Vi har hatt fokus på en økt forståelse av dokumentasjonens hensikter, å bli mer sykepleiefaglig fokusert i sine nedtegnelser og å sikre en felles struktur og bruk av dokumentasjonsredskapene. Dette for at dokumentasjonen kan bli et viktig arbeidsredskap for å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien til pasienten.

Planlegging av endringer i et praksisfeltet fordrer innsikt i psykologiske mekanismer som påvirker deltakerne i en endringsprosess. For å kunne nå målene skissert ovenfor har prosjektgruppen i tillegg valgt å organisere prosjektet ut fra en forståelse av motivasjon som drivkraft for handling.

På bakgrunn av disse forhold er hensikten med dette prosjektet:

Hovedmål

”At sykepleierne dokumenterer relevante og nødvendige data på en måte som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient.”

Delmål

1. At sykepleiernes kunnskap om faglige og juridiske krav til dokumentasjon økes.
2. Økt bruk av pleieplaner som et aktivt redskap.
3. Implementere nye funn i opplæringen av sykepleiere og studenter.
4. Skriftlig veileder for innhold i sykepleiedokumentasjon oppdateres.

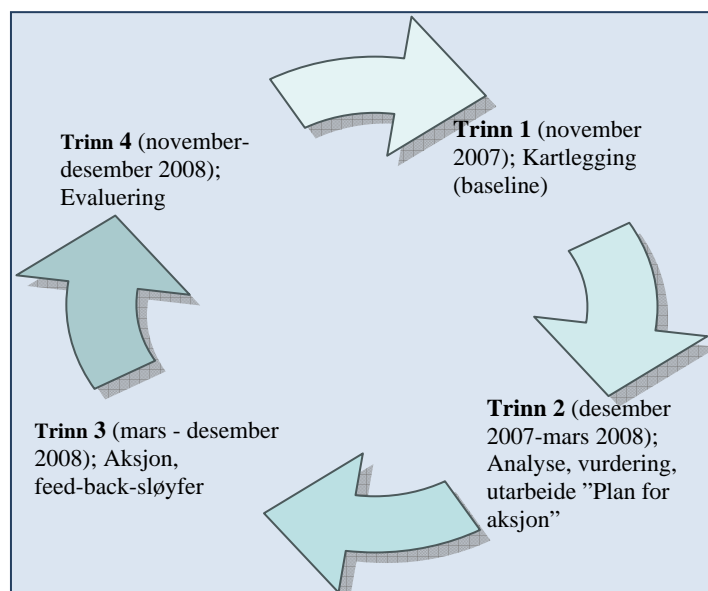
1.3 Avklaring av uttrykket ”dokumentasjonspraksis”

Dette prosjektet har hatt pleiernes *dokumentasjonspraksis* som fokus for endring. Et begrep jeg mener dekker mange sider ved det å dokumentere sykepleie i en pasientjournal. Noen av de mest sentrale komponentene som ligger i bruken av samlebegrepet er; innholdet pleierne vektlegger å synliggjøre, mekanismer bak valg av relevante og nødvendige å nedtegne, strukturen de benytter for nedtegnelsene, erkjennelse av dokumentasjonens verdiaspekt, anvendelsen av dokumentasjon som arbeidsredskap, hvordan pleierne og ledelsen organiserer arbeidsrutinene knyttet til det å skrive og lese i journalen, holdninger og motivasjoner knyttet til forståelsen av dokumentasjon som en del av sykepleieutøvelsen, rammefaktorer som innvirker på mulighetene for å dokumentere en forsvarlig helsehjelp. Denne oppramsingen av ulike komponenter er ikke uttømmende, men mer forstått som et bilde på den kompleksitet dokumentasjon av helsehjelp preges av.

1.4 Organisering a prosjektet

I prosjektsøknaden ble det tydeliggjort fra prosjekteier (styringsgruppen) et behov for å kartlegge sider ved dokumentasjonspraksis ved oppstart av prosjektet. I prosjektets *Fase 1* (trinn 1 og 2 i figur I) skulle prosjektgruppen planlegge innsamling av data som kunne gi et bilde av praksis ved oppstart, og få frem et bilde av nødvendige forbedringer. I prosjektets *Fase 2* planlegging og

gjennomføring av aksjonen (trinn 2 og 3 i figur I), skulle det legges inn rom for evalueringer og justeringer av kursen under veis. I tillegg skulle det så planlegges en større evaluering av hele prosjektet som sådan ved prosjektets slutt (trinn 4 i figur I).



Figur I: Oversikt prosjektets ulike arbeidsfaser

Disse fire trinnene kan også sammenlignes med leddene i sykepleierprosessen, en godt kjent prosess for pleiergruppen.

1.5 Betydningen av denne studien

Gjennom dette prosjektet har vi hatt ønske om både å kunne bidra til en positiv fagutvikling i aktuelle praksisfelt og få økt kunnskap om dokumentasjon av sykepleie som faglig tema. Vi ønsket å få større innsikt i mekanismer som innvirket på pleieres dokumentasjon av sykepleie. I tillegg ønsket vi gjennom aksjonsforskning som metode å legge et grunnlag for motivasjon og eierforhold til endringsprosessene. Vi hadde en intensjon om at alle deltakerne i prosjektet skulle kunne kjenne stolthet og glede ved å ha tatt del i et slikt faglig utviklingsprosjekt. Vi var klar over at funnene og erfaringene fra denne studien ikke ville kunne generaliseres til andre felt eller andre faglige utfordringer i

andre sammenhenger. Vi har et håp om at noen av de funnene det vises til i rapporten skal kunne være til nytte ut over dette prosjektet, og at noen av de metodiske erfaringene vi har fått underveis i kan være til inspirasjon for andre som planlegger lignende utviklingsprosjekter.

1.6 Rapportens oppbygning

Kapittel 2; Prosjektets teoretiske for forståelse; ulike juridiske krav som stilles til dokumentasjon av selvstendig helsehjelp i en pasientjournal, utfordringer ved dokumentasjon av sykepleie og innsikt i motivasjon som drivkraft for vellykket endring. Kapittel 3; prosjektets anvendelse av aksjonsforskning som metode og innsamling av data. Kapittel 4; Rammer for analyse og presentasjon av funn, samt beskrivelse av prosjektets aksjonsdel. Kapittel 5 gir en drøfting av studiens resultater opp mot hovedmålet for prosjektet. Rapporten avrundes i kapittel 6 med erfaringer fra aksjonsforskning som metode.

2 Teoretisk forforståelse

I følge Moen m.fl. (2008) er hensiktsmessig journalføring en forutsetning for å sikre kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen. De hevder at god journalføring er en forutsetning for faglig samhandling og kommunikasjon om helsehjelpen til den enkelte pasient, og for vurdering av effektene av helsehjelpen. De mener derimot at informasjonsverdien avhenger av hvordan dokumentasjonen er systematisert og strukturert. Det er av avgjørende betydning at man avklarer og forbedrer innholdet i sykepleiernes journalføring, man må klargjøre *hva slags helsehjelp* sykepleiere skal dokumentere (Moen m.fl., 2008).

For å sikre en slik hensiktsmessig journalføring som det vises til her, er det nedfelt ulike lovkrav som regulerer pasientenes rettigheter og helsearbeidernes plikter knyttet til dokumentasjon av helsehjelp i en pasientjournal. I dette teorikapittelet vil vi vise til noen av de mest sentrale lovkravene. I tillegg er det viktig at sykepleierne kjenner til de faglige hensikter dokumentasjon av selvstendig helsehjelp i en pasientjournal skal innfri. I dette teorikapittelet vil vi komme inn på noen av disse hensiktene og relatere dem til behovet for en tydelig faglig identitet og en bevissthet på egen yrkesetikk, hvordan ivareta et pasientperspektiv på sykepleieutøvelsen og dokumentasjonen. I dette prosjektet har vi lagt vekt på fokus som kunnen bidra til å bedre det sykepleiefaglige innholdet og tilgjengeligheten på relevante og nødvendige data i dokumentasjonen.

Denne rapporten beskriver et prosjekt som hadde ambisjoner om å skape fagutvikling og endring i sykepleiernes dokumentasjonspraksis. Hvis man skal kunne oppnå en positiv utvikling i praksis, er det viktig å skape motivasjon for å bidra i endringsprosessene. Jeg har derfor avslutningsvis i teorikapittelet også

vektlagt å avklare begrepet motivasjon slik prosjektgruppen har forstått og anvendt det i dette prosjektet.

2.1 Krav og forventninger til dokumentasjon av helsehjelp i en pasientjournal

Helt fra Florence Nightingales tid har sykepleiere hatt tradisjon for å dokumentere egne faglige observasjoner og registreringer (Sandvand og Vabo, 2007). Observasjon av pasientens tilstand og behov for hjelp er sentralt i sykepleieutøvelsen. Hvordan sykepleiere strukturerer sine nedtegnelser har endret seg gjennom historien. Først gjennom de nye helselovene som trådte i kraft i 2001 fikk sykepleierne, som autoriserte helsearbeidere, juridisk bindende plikt til å dokumentere sin selvstendige helsehjelp i en pasientjournal.

Nedtegnelsene av helsearbeiderens faglige observasjoner, vurderinger og intervensjoner skal sikre pasienten helsetjenester av høy faglig kvalitet og kontinuitet. Samtidig skal den gi mulighet for å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. Den skriftlige dokumentasjonen som foreligger er således, i følge Ot prp nr 13 om lov om helsepersonell, både et virkemiddel for kvalitetssikring og en indikator på kvaliteten av det arbeid som utføres (SHD, 1998).

2.1.1 Juridiske krav

Helsearbeidere har strenge juridiske restriksjoner å forholde seg til i sin yrkesutøvelse, så også når de skal dokumentere sin selvstendige helsehjelp i en pasientjournal. Dette er avgjørende for å sikre pasienten vern mot spredning av sensitiv og fortrolig informasjon. Samtidig er helsearbeiderne avhengige av tilgang på nødvendig informasjon om pasienten og hans situasjon for å kunne observere, planlegge og gjennomføre nødvendig helsehjelp. Det blir viktig at nødvendige data til enhver tid er tilgjengelig for den helsearbeider som trenger dem. Balansegangen mellom vern og tilgjengelighet krever strenge reguleringer,

noe norsk helselovgivning forsøkte å innfri gjennom den store revideringen av helsejussen som trådte i kraft i 2001.

I 2001 fikk alle helsearbeidere, uansett helseprofesjon, gjennom helsepersonelloven plikt til å nedtegne relevante og nødvendige data knyttet til sin selvstendige helsehjelp i en pasientjournal. Det skal nedtegnes data både om pasienten og om helsehjelpen (HOD, 1999a). Loven tydeliggjør ulike aspekter ved den juridiske plikten i et eget kapittel, kapittel 8. Hva som er ”relevante og nødvendige opplysninger” i samband med pleie og omsorg, vil i følge Molven (2006) kunne variere med pasienten, situasjonen og type helsehjelp som skal ytes. I tillegg påpeker Sosial- og helsedirektoratet (Shdir, 2006) at hva som kan forstås som relevante og nødvendige data først og fremst avgjøres ut fra en faglig vurdering, av det personell som yter tjenesten. De påpeker videre at ved vurderingen av hva som skal dokumenteres må det også ses hen til formålet med dokumentasjonsplikten (Shdir, 2006). Formålet med dokumentasjonsplikten vil omtales i neste underkapittel. I følge kravet i helsepersonelloven § 40 skal innholdet i pasientjournalen være etterrettelig og forsvarlig og i samsvar med god yrkesskikk. I følge Moen m.fl. (2008) skal journalen omtale faktiske forhold og hendelser, opplysninger fra pasienten og andre i tillegg til helsepersonellens egne vurderinger. Det vil si bedømmelser av observasjoner, funn, opplysninger med videre. I tillegg har lovgiver spesifisert i en egen forskrift, forskrift om pasientjournal (HOD, 2000) krav som knyttes til journalføringen. I forskriftens § 8 (krav til journalens innhold) vises det til ulike aspekter ved helsehjelpen helsearbeideren må vurdere om det kan være relevant og nødvendig å nedtegne data om i pasientjournalen.

I tillegg til helsearbeidernes plikt til å nedtegne i relevante og nødvendige data i pasientjournalen, er også pasienten sikret rettigheter knyttet til journalføringen. I pasientrettighetsloven kapittel 5 (rett til journalinnsyn), er pasienten sikret rett til

innsyn i egen journal. Gjennom pasientrettighetsloven har pasienten også rett til medvirkning og informasjon (HOD, 1999b). I følge Molven (2006) skal helsearbeidernes journalføring vise hvordan de har organisert og gjennomført helsehjelpen slik at pasientens rettigheter er innfridd.

2.1.2 Dokumentasjonens faglige hensikter

Heggdal (2006) viser til at sykepleiedokumentasjon skal tjene mange ulike hensikter og skal kunne brukes både av helsepersonell og pasienten. I pasientjournalen skal ulike grupper av helsepersonell samle sine nedtegnelser om helsehjelpen de gir pasienten. Heggdal sier at målet må være å sikre at pasienten får tilgang på opplysninger om hvorfor pleie og behandlingstiltak enten ble, eller ikke ble igangsatt, hvem som tok avgjørelser, hvem som gjennomførte tiltakene og hva følgene ble. Heggdal (2006:15) tydeliggjør sykepleiedokumentasjonens hensikter gjennom følgende punkter:

- Sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien
- Er et juridisk dokument
- Synliggjør faglig ansvar
- Tydeliggjør hva sykepleie er, og synliggjør klinisk erfaringskunnskap
- Er et kommunikasjonsmiddel
- Er et undervisningsmiddel
- Gir grunnlag for ledelse og ressursstyring

Videre viser Heggdal til at dokumentasjonen må ivareta pasientens interesser og rettigheter, og at all relevant informasjon skal være tilgjengelig for dem som tar avgjørelser om pleie og behandlingstiltak (Heggdal, 2006). Dette utfordrer slik vi ser det, sykepleierne til kontinuerlig å vurdere den helsehjelpen de planlegger og gjennomfører slik at den ivaretar pasientens behov og rettigheter. I tillegg må de fortløpende vurdere hva som kan være relevante og nødvendige data å

nedtegne i pasientjournalen. Data som kan være av interesse både for annet helepersonell og pasienten, både nå og i fremtid. Samtidig skal ikke sykepleieren nedtegne data om alt som skjer i forhold til pasientens behov for sykepleie, til det er fagutøvelsen for kompleks og sammensatt. Sykepleieren må gjennom sin faglige innsikt, erfaring og kjennskap til pasientens situasjon og dokumentasjonens hensikter skille ut og nedtegne kun de data som vil være relevante og nødvendige for å sikre pasientens en faglig forsvarlig helsehjelp.

Tradisjonelt har sykepleiere beskrevet sin helsehjelp gjennom fortløpende rapporter, kronologiske beskrivelser i et retrospektivt perspektiv, gjerne strukturert ut fra pasientens grunnleggende behov. Ved innføring av sykepleierprosessen som struktur for dokumentasjon av sykepleien, fikk man en prosessorientert tilnærming i nedtegnelse av sykepleieutøvelsen.

Sykepleieprosessen er i følge NSFID (2007) et rammeverk for vurdering og utførelse av sykepleie. De viser til at prosessen omfatter en strukturering av informasjonsinnhenting, sykepleiediagnostisering, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering av resultat. I hele prosessen skal pasientens egenopplevelse av helse vektlegges. I følge Molven (2006) skal en slik sykepleieplan i henhold til helsepersonelloven også inneholde de vurderinger som ligger til grunn for de beslutninger man tar.

Dokumentasjonen skal synliggjøre helsearbeiderens selvstendige helsehjelp. Historien viser derimot at sykepleierne som faggruppe har hatt utfordringer i å definere hva som er sykepleiens område. En tydelig sykepleiefaglig identitet vil kunne være av avgjørende betydning når sykepleieren skal vurdere hvilke data som vil være relevante og nødvendige å nedfelle i pasientjournalen. Det sykepleiere skal dokumentere, må i følge Moen m.fl. (2008) selvsagt sees i sammenheng med sykepleiernes virksomhetsområde og den helsehjelpen sykepleiere har ansvar for å yte. Kunnskapsdepartementet tydeliggjør gjennom

sin Rammeplan for sykepleierutdanning hva myndighetene vektlegger som sykepleiens kjernefokus (KD, 2008). De påpeker at pleie, omsorg og behandling skal være hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskaper om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg ut fra hvordan det erfarer å være syk. Nortvedt (2008) tydeliggjør at sykepleie dreier seg om en tilretteleggelse av velvære, hjelp til mestring og å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Sykepleiens fokus er omsorg for den syke ut fra en forståelse av hans eller hennes opplevelse av det å være syk eller det å bli truet av sykdom. Kirkevold (2001) tydeliggjør sykepleiens kjerneområder som; pasientens grunnleggende behov, å ivareta verdighet, integritet og trygghet, lindring av lidelse og fremming av helse og velvære.

I dagens helselovgivning er pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse vektlagt. I følge Moen m.fl. (2008) innebærer dette at sykepleietjenesten og den enkelte sykepleier skal inkludere pasientens egne ønsker, prioriteringer og forståelse av egen situasjon både i utformingen og planleggingen av sykepleie og journalføring en av sykepleie.

2.2 Motivasjon for endring

Målene for prosjektet forventer en positiv utvikling av sykepleiernes praksis. Det forventes at avdelingene skal ledes inn i en endringsprosess, der sider ved dagens dokumentasjonspraksis skal kartlegges for så å legge planer for hvordan forbedre denne praksisen. Helsevesenet har som andre sider ved samfunnsutviklingen gått gjennom store reformer og stadige endringer de senere år. Den siste store reformen innfor spesialisthelsetjenesten er overgangen til foretaksmodellen i 2002. Siden den tid har foretakene vært gjennom stadige innsparinger og dertil krevende omstillinger. Bjørnson (2004) hevder at

sykehusansatte er preget av en viss reformtrettthet, og at motivasjonen for nye endringer er på et lavt nivå. Hun viser til sykepleierne som opplever at forandringene velter inn over dem uten at de vet hvordan de skal møte kravene til omstilling. Kravene til endring tar lite utgangspunkt i sykepleiernes egne erfaringer, de har få positive erfaringer fra endringsprosesser de har vært gjennom og opplever ikke at det er tid eller overskudd til utvikling.

Ut fra dette har vi i dette prosjektet vektlagt et å ha fokus på motivasjon som en viktig rammefaktor for å kunne skape endring. Håkonsen (2003) viser til en forståelse av motivasjon som legger vekt på forholdet mellom verdien av et mål og forventninger om at atferden vil føre til at man når målet.

$$\text{Motivasjon} = \text{verdi} \times \text{forventning}$$

Handlinger styres i følge Håkonsen i stor grad av bevisste eller ubevisste mål. Målene vil variere fra situasjon til situasjon og fra person til person (Håkonsen, 2003). I dette prosjektet har det vært viktig for oss å tydeliggjøre for pleiergruppen hvilke mål vi har jobbet mot. Vi tydeliggjorde hvilken verdi målene først og fremst ville ha for pasienten i form av god kvalitet og kontinuitet i pleien, men også den verdi målene i prosjektet ville ha for den enkelte pleier i forhold til det å få tydeliggjort mål og fokus for egen fagutøvelse og styrke fagidentiteten. En viktig verdi var også at målene i prosjektet skulle kunne bidra til en bedre samhandling mellom pleierne både innad i avdelingen og på tvers av postene.

For å styrke pleiernes motivasjon til å bidra positivt inn i prosjektet ble det viktig å tydeliggjøre forventninger om hvor sannsynlig de grep som skulle gjøres ville gi bedre praksis. I følge Finstad (2007) er det et klassisk skille mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon styres av at vi ønsker å

overvinne utfordringer eller utvikle våre ferdigheter. I ytre motivasjon er vi mer interessert i gevinsten av handlingene. Finstad refererer til Bunkholdt (2002) som sier at vi velger aktiviteter som gir oss mestringsopplevelser, og at det er ønsket om å oppleve seg selv som kompetent og mestrende i seg selv som er drivkraften i vår indre motivasjon. Ytre motivasjon styres av hvilken verdi vi tillegger den mulige gevinsten; vil prosessen frem mot en bedre dokumentasjonspraksis gi en bedre kvalitet og kontinuitet i pleien til pasienten, en bedre flyt i arbeidet eller et tydeligere fokus på sykepleieutøvelsen? Håkonsen (2003) viser til at erfaringer fra tidligere lignende prosesser vil innvirke på de forventninger man har til å ville lykkes med endringene. I følge Finstad (2007) er våre egne direkte erfaringer det viktigste grunnlaget for motivasjon. Hun viser til begrepet mestringsforventing som er en vurdering av om egne evner er tilstrekkelige til å mestre. Det vi tror vil være konsekvensene av våre handlinger er svært viktig for motivasjonen.

Motivasjon kan også forstås i lys av sosial læringsteori; her ser man på motivasjon som et resultat av krefter i våre omgivelser og vår vurdering av disse kreftene. Når vi handler utløser dette reaksjoner fra omgivelsene, vi registrerer reaksjonene og tilpasser handlingene i tråd med dem Håkonsen (2003). Positive reaksjoner gir motivasjon for å gjenta handlingen, negative reaksjoner derimot minsker sannsynligheten for at vi vil gjenta handlingen. Ved å gi forsterkning gjennom ros eller anerkjennelse på en viss type adferd, kan man medvirke til utvikling av bestemte handlinger og vaner. Belønning for innsatsen er for enkelte motivasjon god nok, som for eksempel det å få delta på kurs, bli tildelt ansvar, få en ny rolle osv. Her vil det bli viktig å skape åpne samarbeidsprosesser, der positive tilbakemeldinger inkluderes som en viktig faktor i avdelingenes kultur.

Jakobsen (2005) viser til at det er en klar sammenheng mellom innflytelse, eierforhold til arbeidet, stolthet over egen arbeidsplass og eget engasjement. Hun hevder motivasjon dreier seg om de drivkrefter som får mennesker til å handle samtidig som de har glede av det. Hun viser til følgende stikkord som er av betydning for å skape motivasjon; innflytelse, anerkjennelse, tilbakemelding, rettferdighet, lederens engasjement, stolthet over yrke og arbeidsplass, arbeidsmiljø og lønn (Jakobsen, 2005:114). Hun sier videre at forventninger til og behov for tjenesten endrer seg stadig samtidig som kravet til kunnskap endrer seg. I endringsprosesser blir det derfor viktig å oppmuntre til kritiske spørsmål om egen praksis, og stimulere til kreativ nytenkning. Pleierne bør oppmuntres til å prøve nye veier, løsninger og ideer, det blir viktig i prosjektet å se på pleiernes kunnskap og kompetanse som et aktivum.

3 Metode

Prosjektet har hatt som intensjon å forbedre sider av pleiernes dokumentasjonspraksis. Når man ønsker å gjennomføre endringsprosesser i et klinisk felt er det flere innfallsvinkler å velge mellom. Dette prosjektet ble initiert av ledere på ulike nivå i sykepleietjenesten ved sykehuset, en top-down bestilling, noe som kunne gi utfordringer i forhold til hvordan man skulle planlegge og gjennomføre prosjektet. Prosjektleder fikk delta i utarbeidelse av prosjektsøknad/prosjektplan helt fra starten av. Prosjektleder hadde erfaringer fra et tidligere prosjekt der aksjonsforskning med hell ble benyttet som metode. Det ble derfor ytret et sterkt ønske overfor styringsgruppen om å kunne anvende aksjonsforskning som metode også i dette prosjektet.

3.1 Aksjonsforskning

Aksjonsforskning kan forstås både som en forskningsstrategi og som tilnærming til utviklings- og endringsarbeid. Aksjonsforskning er en forskningsstrategi brukt innenfor forskjellige vitenskapelige disipliner siden begrepet først ble introdusert av den amerikanske sosialpsykologen Kurt Lewin rett etter andre verdenskrig (Leirvik, 2007). Intensjonen var i følge Leirvik å utvikle en forskningstilnærming som både skulle bidra til å øke kunnskap generelt og samtidig føre til faktiske sosiale endringer for de menneskene forskningen angikk. Hummelvoll (2003) mener hovedideen med aksjonsforskning er å bruke en vitenskapelig tilnærming for å studere organisatoriske, sosiale og praktiske problemer sammen med dem som faktisk opplever problemene.

Dette prosjektet bygger på aksjonsforskning som metode. I følge Anvik (2004) er aksjonsforskning en tilnærming som er godt egnet når man søker å avdekke problemer og behov i praksis, knytte sammen praksis og teori, intervenere i forhold til en pleiergruppe og støtte på en samarbeidende måte.

Aksjonsforskning beskrives som en deltakende, situasjonsspesifikk og problemfokuseret forskningsmetode. Hun viser til at pleiergruppens egne erfaringer i en slik sammenheng vil være det viktigste vitensgrunnlag for endringsprosessen.

Malterud (2003) beskriver aksjonsforskning som en strategi der man arbeider for endring, samtidig som man vil bruke erfaringene til å utvikle ny kunnskap. Det dreier seg ikke om endring på hvilke som helst premisser, men om tiltak med forankring i spesifikke demokratiske normer og verdier. Det er viktig at de som endringene angår sikres muligheter for aktiv deltakelse med innflytelse på alle ledd av forskningsprosessen. Samhandling, kontekst og verdier blir sentrale elementer som forskeren må ta hensyn til når målet er å utvikle vitenskapelig kunnskap.

Aksjonsforskning krever at man ivaretar både aksjonsdelen og forskningsdelen. I prosjektets aksjonsdel skal man i følge Malterud (2003) gjennomføre tilsiktede endringer ved å utvikle tiltak som er egnet for formålet. I forskningsdelen skal man evaluere denne prosessen ved å beskrive og analysere det som foregår, det som kommer ut av det, og sette dette i sammenheng med foreliggende kunnskaper på området.

"Aksjonen skal gå hånd i hånd gjennom hele forskningsprosessen, der forskningen skal lære av aksjonen, og aksjonen skal lære av forskningen.....Det er derfor viktig å se på aksjonsdelen og forskningsdelen som to sider av samme sak, og å planlegge prosjektet ut fra dette. "

(Malterud, 2003:157).

Aksjonsforskning ble i denne studien forstått som en spiralformet prosess, der man kontinuerlig evaluerte erfaringer fra prosess og aksjon opp mot målsettingen i prosjektet og gjorde tilpasninger i aksjonsdelen etter behov.

Evalueringsarbeidet underveis i prosjektet ble en like viktig del som selve aksjonsarbeidet. Kalleberg (1992) argumenterer for at hvis et prosjekt eller et utviklingsarbeid skal kunne betraktes som aksjonsforskning må det også dreie seg om *vitenskapelig* virksomhet. Et generelt krav til vitenskapelig aktivitet er kravet om publisering av dokumenterende og argumenterende tekster. Dette prosjektet har blitt vitenskapeliggjort gjennom en systematisk skriftlig analyse gjort tilgjengelig for fagfeller i form av en posterpresentasjon under Norsk Sykepleierforbunds Sykepleierkongress i Trondheim, september 2008 og gjennom denne HiNT-rapporten i 2009.

Prosjekteier (styringsgruppen) ønsket i dette prosjektet å legge tilrette for varige endringer i sykepleiernes dokumentasjonspraksis. Det ble viktig å spille på den positive motivasjon pleiergruppen hadde for å gjøre endringer i egen praksis. Prosjektet ville legge tilrette for et samarbeidsprosjekt der *hele* personalgruppen skulle involveres og motiveres til å se forbedringspotensialer i egen praksis. Prosessen skulle skje i tett dialog og forståelse med alle pleierne ved sengepostene - sikre et mellommenneskelig aspekt i endringsprosessen. Innen aksjonsforskning har man lite tro på at praksis kan endres ved at noen dikterer ferdige forslag til forbedring. McNiff (2002) beskriver aksjonsforskning som en selvreflekterende praksis, der aksjonsforskningen utføres av praktikerne selv. Gjennom å stille seg systematisk undrende til egen praksis, ”hvordan kan jeg forbedre min egen praksis?”, kan man bedre forstå hva man gjør og slik få større muligheter til å påvirke/endre egen arbeidssituasjon.

I følge Anvik (2004) har sykepleieforskeren Inger Margrethe Holter bidratt til en viktig introduksjon av aksjonsforskning som metode i sykepleiefaglig forskning, hun har gjort seg bemerket både internasjonalt og nasjonalt. Holter og Schwartz-Barcott (1993) beskriver fire essensielle krav som gjelder alle studier som bygger på aksjonsforskning:

1. Det skal være et samarbeid mellom forsker og praksis
2. Det er viktig at praksis får delta i avklaring av problemets natur
3. Det må skje en endring i praksis (aksjon)
4. Det må utvikles ny teori (forskning)

Innen sykepleiefaget viser både Holter og Schwartz-Barcott (1993) og Sjøvoll (2001) til hvordan aksjonsforskning som tilnærming kan bidra til å begrense gapet som eksisterer mellom sykepleieforskning og klinisk praksis.

Aksjonsforskning anvendt på en praksisorientert måte er et særlig anvendelig redskap for å beskrive og utvikle sykepleien i dag. Sjøvoll (2001) hevder at gevinsten ved valg av aksjonsforskning som design er knyttet til behovet for endring og behovet for at det faglige utviklingsarbeidet skal komme fra grasrota i organisasjonen, sikre et "bottom-up"-perspektiv. Så selv om opprinnelsen til prosjektsøknad og valg av fokus for prosjektet hadde utgangspunkt i en "top-down", ble det viktig for oss å skape et "bottom-up" perspektiv på prosessen. Vi la vekt på å knytte et sterkt eierskap til de endringer pleierne selv hadde sett behov for å gripe fatt i og den kunnskap om egen praksis de selv hadde utviklet gjennom prosjektet. I dette prosjektet la vi vekt på at forskningen skulle reflektere *over praksis, i praksis*.

Holter og Schwartz-Barcott (1993) viser i sin litteraturgjennomgang til ulike innfallsvinkler for samarbeid mellom forsker og praksisfelt, også innen aksjonsforskning som design. Vårt prosjekt støttet seg til en modell som spiller på et gjensidig samarbeid. For oss ble det viktig at forsker og klinisk felt i tett samarbeid identifiserte aktuelle problemområder, vurderte eksisterende praksis og utviklet felles forslag til mulige løsninger. Slik håpet vi feltet fikk et tettere eierforhold til problematikken og intervensjonene som ble iverksatt. Vi håpet forandringene som skjedde i regi av prosjektet skulle få mer varig karakter.

3.2 Metoder for innsamling av relevante og nødvendige data

I denne studien ble de samme metoder for datainnsamling anvendt ved kartlegging, baseline også anvendt under den repeterende evalueringen i prosjektets avslutningsfase. Tabellen under viser utvalgskriterier for hver av metodene:

Tabell 1: Metoder for datainnsamling og utvalgskriterier

	Refleksjonsskjema	Intervju
Anvendelse av metode for datainnsamling	<ul style="list-style-type: none">- Kartlegging baseline (nov. -07)- Repeterende evaluering (nov. -08)	<ul style="list-style-type: none">- Kartlegging baseline (nov. -07)- Repeterende evaluering (nov. -08)
Utvalgskriterier	<ul style="list-style-type: none">- sykepleiere og hjelpepleiere i et ansettelsesforhold ved aktuelle avdelinger- langtidssykmeldte, pleiere i permisjon og studenter ble ekskludert som mulige respondenter	<ul style="list-style-type: none">- sykepleier fast ansatt i minst 75 % stilling- ha jobbet i avdelingen i minst to år- være tilgjengelig for intervju på jobb i tiden for datainnsamling- avdelingsleder trekker informant fra utvalget
Utvalg	2007; 177 utsendte skjema	2007; 7 informanter, en fra hver avdeling
	2008; 196 utsendte skjema	2008; 7 informanter, en fra hver avdeling

Når prosjektgruppen skulle avklare valg av metoder for å innhente data som kunne beskrive pleiernes dokumentasjonspraksis ved prosjektstart (baseline), valgte vi å ta utgangspunkt i funn fra tidligere studier i feltet og annen relevant forskning (se innledning). Prosjektet hadde ambisjoner om å skape positive endringer i praksis, derfor ble det viktig å la flest mulig pleiere bli hørt i prosjektet og få reell innflytelse på endringsprosessene. Prosjektgruppen ville derfor fange opp enkeltpleieres opplevelser og tanker rundt egen dokumentasjonspraksis. Vi ville innhente data som beskrev pleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter og intensjoner, hvilken nytteverdi pleierne opplevde dokumentasjonen hadde som arbeidsredskap og hvor motiverte de var for å utvikle egen dokumentasjonspraksis.

Refleksjonsskjema

Prosjektgruppen utformet et spørreskjema der pleierne skulle svare på ti spørsmål ved hjelp av fritekst. Svarene skulle gi bilder av pleiernes sykepleiefaglige identitet, kunnskapsgrunnlag, bruk av dokumentasjon som arbeidsredskap og hvilken motivasjon de hadde for å forbedre egen dokumentasjonspraksis. Prosjektgruppen valgte bevisst å benevne spørreskjemaet som et refleksjonsskjema, da skjemaet vektla pleiernes subjektive refleksjoner over egen praksis (refleksjonsskjema; se Vedlegg I).

Alle pleiere som inngikk i utvalget fikk tilsendt et refleksjonsskjema hjem i posten, i alt 177 skjema i 2007 og 196 skjema i 2008. Sammen med refleksjonsskjema ble det sendt ut generell informasjon om prosjektet og forespørsel om respondentenes samtykke til å delta i studien (se Vedlegg II). Totalt 94 skjema kom inn i 2007, noe som gir en svarprosent på ca 58 %. Og 92 skjema av 196 i 2008, som gir en svarprosent på 50 %. (se tabell 4 under). Skjemaene ble levert i lukket konvolutt, samlet inn avdelingsvis og overlevert prosjektleder til analyse.

Tabell 2: Frekvensoversikt refleksjonsskjema for 2007 og 2008 samlet.

	2007		2008	
Avd	Skjema ut/inn	Svar i %	Skjema ut/inn	Svar i %
1	47 / 18	38	30 / 22	73
2			22 / 9	41
3	38 / 17	45	43 / 16	37
4	32 / 15	47	33 / 8	24
5	22 / 14	64	30 / 11	37
6	13 / 9	69	11 / 8	73
7	25 / 21	84	27 / 18	67
Sum	177 / 94	58	196 / 92	50

Frekvenstabellen over gir oss en oversikt over antall innleverte svarskjema fra de ulike avdelinger fordelt på de to måletidspunktene. Som vi ser er det store variasjoner i svarprosent mellom avdelingene. Ved alle avdelinger ble det gjennomført en purring for å minne pleierne på innlevering av skjema. Forskjell i svarprosent avdelingene i mellom var sprikende både i 2007 og 2008, en variasjon fra 38 % til 84 % i 2007 og en variasjon fra 24 % til 73 % i 2008. Det er også variasjoner internt i den enkelte avdeling fra 2007 til 2008. Oversikten gir oss ingen forklaringer på forskjellene i materialet. De enkelte avdelinger har gjennomført samme prosedyre for utlevering av skjema og påminnelse om svarfrist begge år. Vi antar at den høye svarprosenten ved avdeling 6 og 7 i 2007 kan skyldes at disse to avdelingene hadde avsluttet et tidligere prosjekt med fokus på egen dokumentasjonspraksis juni 2007 (forstått som en pilotstudie til dette prosjekt). Erfaringer fra pilotstudien kan ha bidratt til å øke interessen for og bevisstheten rundt egen dokumentasjonspraksis. I materialet fra 2008 ser vi at

avdeling 1 har fått en betydelig høyere svarfrekvens i 2008, mens avdeling 4 og avdeling 5 har falt noe tilbake i sin svarfrekvens.

Intervju

I tillegg til refleksjonsskjema ønsket prosjektgruppen også å benytte seg av intervju som metode for datainnsamling. Vi ønsket å intervju en pleier fra hver av de avdelinger som inngikk i prosjektet. Gjennom bruk av halvstrukturerte intervju som metode, fikk vi anledning til å gå mer i dybden på noen av pleiernes erfaringer rundt selve bruken av dokumentasjon som arbeidsredskap. I følge Kvale (1996) skal halvstrukturerte intervju åpne opp for informantenes egen forståelse, informantenes erfaringer slik han/hun selv opplever dem. Informantene fikk gjennom intervjuene muligheter til å velge sine egne ord og beskrivelser på de fenomener som ble belyst. Som forberedelse til intervjuene utformet prosjektgruppen en intervjuguide (se Vedlegg III). Mulige hjelpespørsmål ble diskutert i prosjektgruppen i forkant. Perioden for datainnsamling var tidsbegrenset, alle intervju ble gjennomført innenfor en tidsperiode på ca en uke.

På bakgrunn av utvalgskriteriene presentert i tabell 3 over, trakk avdelingsleder ut en informant fra det aktuelle utvalget, en fra hver av de avdelinger som inngår i prosjektet. De sju informantene fikk tildelt et eget informasjonsskriv, der de ble orientert om prosjektet, intervjuet, prosjektets krav om anonymisering og informantenes samtykke. Informantene ble orientert om at de når som helst kunne trekke seg ut av studien, alle sju valgte å delta (se Vedlegg IV).

Intervjuene ble foretatt av sykepleierne i prosjektgruppa. Ingen av disse hadde utført intervju før, men var motiverte for å gjennomføre dette. Prosjektleder valgte å ekskludere avdelingslederen som inngår i prosjektgruppen til å gjøre intervju, da hennes rolle som leder kunne bidra til å farge informantens svar.

Intervjuene ble gjort i informantenes arbeidstid på et skjermet rom, tatt opp på bånd og transkribert i fulltekst i etterkant. De samme sju sykepleierne ble intervjuet både i 2007 og 2008.

I 2008 ble intervjuguiden utvidet med et tilleggsspørsmål; "Opplever du at din egen dokumentasjonspraksis har endret seg gjennom dette prosjektet? I tilfelle hvordan? Hvorfor?" Dette tilleggsspørsmålet håpet vi skulle kunne åpne for spennende nyanser i effekter av prosjektet.

Vi så betydningen av å samle inn data på ulike måter og på ulike nivå for å kartlegge viktige sider ved sykepleiernes dokumentasjonspraksis. Vi hadde i all hovedsak en kvalitativ tilnærming til feltet. Vi forsøkte å fange opp aktørenes egne opplevelser av det å forholde seg til krav om dokumentasjon av sykepleie i en pasientjournal og hvordan de så på mulige forbedringer av egen praksis. I følge Malterud (2003) gjør prosjekter med bruk av kvalitative metoder bruk av både beskrivelser og tolkninger. Hun sier det er viktig at forskeren erkjenner at beskrivelse og tolkning skal gå hånd i hånd og unngår å vektlegge den ene av disse dimensjonene mer enn den andre i innsamling og analyse av kvalitativt materiale. Hun sier det er viktig at forskeren redegjør for sin tolkningsprosess på en redelig og pålitelig måte som viser leseren veien fra innsamlet materiale til konklusjonene.

I dette prosjektet var vi opptatt av at aktørenes subjektive erfaringer, og at disse skulle regnes som gyldig kunnskap. Data ligger ikke klare til bruk sier Leirvik. Hun viser til viktigheten av at forskeren legger til rette for at deltakerne i feltet får bidra til å generere data selv (Leirvik, 2007). Forskeren må stille gode spørsmål og legge til rette for refleksive diskusjoner med praktikerne sier Leirvik. På den måten bidrar forskeren til å skape og samle erfaringsmateriale av god kvalitet. Kjernen i forskningsprosessen ligger i å tolke og å skape mening i

dataene sammen med aktørene. For oss har det vært viktig å skape rom for tett dialog og samarbeid i alle faser av prosjektet. Det har også vært viktig å tydeliggjøre at det er aktørene i feltet som kjenner egen praksis og erfarer virkeligheten det forskes på. Det har derfor vært viktig å la aktørenes egen stemme bli hørt i prosjektet. Prosjektleder hadde ikke sitt daglige virke i feltet og ble ikke direkte berørt av de endringsprosesser som ble iverksatt. Derfor ble det viktig at prosjektleders tolkninger og forståelse hele tiden ble lagt frem for prosjektgruppen til diskusjon og validering. Hensikten med datagenerering innen aksjonsforskning er å kartlegge utgangspunktet, gi grunnlag for og bidra til aksjoner, følge endringsprosesser, evaluere resultater og gi grunnlag for nye tiltak (Høie 2005, referert i Leirvik, 2007).

3.3 Beskrivelse av feltet

Feltet utgjør i dette prosjektet til sammen 7 avdelinger ved sykehuset (benevnt som avdeling 1-7). Disse inkluderer både medisinske og kirurgiske sengeposter og akuttavdelinger som intensiv og hjerteovervåkning. I tillegg har sykehusets somatiske seksjon en mottakelsesavdeling, gynekologisk avdeling, føde/barsel, operasjonsavdeling og poliklinikker hvor det nedtegnes sykepleiedokumentasjon. Disse avdelingene inngår ikke i dette prosjektet, men berøres indirekte ved interne overflyttinger mellom postene. Vi har valgt å inkludere feltet slik det fremstilles i tabellen under:

Tabell 3: Oversikt over feltets involvering i prosjektet

Benevnelse	Inklusjonskriterier	Oppgaver/rolle
Pleier-gruppen	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleiere og hjelpepleiere med et ansettelsesforhold i de avdelinger som inngår i prosjektet 	<ul style="list-style-type: none"> - delta som informanter/respondenter ved ulike evalueringer tilknyttet prosjektet - medvirke til utforming av "Plan for aksjon" - implementere tiltak i "Plan for aksjon" i egen praksis
Prosjekt-gruppen	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleier fast ansatt i minimum 75 % stilling - en sykepleier fra hver avdeling - plukket ut av sine leder - faglig interesse i å forbedre avdelingens dokumentasjonspraksis - motivert for å delta i prosjektet 	<ul style="list-style-type: none"> - medforskere - veiledere/motivatorer i egen avdeling - avdelingens representant i prosjektet
Ressurs-personer	<ul style="list-style-type: none"> - valgt av prosjektgruppesykepleier eller avdelingssykepleier - spesielt motivert for fagutvikling og dokumentasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - veileder/motivator i egen avdeling - støtteperson for prosjektgruppesykepleier - delta på utvalgte fagdager for prosjektgruppen
Avdelings-syke-pleierne	<ul style="list-style-type: none"> - takke ja til at avdelingen deltar i studien - representert med 1 leder i styringsgruppen (valgt av prosjektets initiativtakere) - representert med 1 leder i prosjektgruppen (valgt av prosjektets initiativtakere) 	<ul style="list-style-type: none"> - Legge til rette for at prosjektgruppesykepleier får fri til å delta i prosjektgruppens aktiviteter - legge til rette for at ressurspersoner kan få involvere seg i prosjektet - holde seg orientert om prosjektets fremdrift gjennom mottatte referater fra prosjektgruppen og styringsgruppen - sette prosjektet på dagsorden på avdelingsmøter etter behov - avklare lokale behov for endringer i egen avdeling - legge til rette for og motivere til gjennomføring av endringsprosesser

Benevnelse	Inklusjonskriterier	Oppgaver/rolle
Referansegruppen	<ul style="list-style-type: none"> - sykepleier ansatt i helseforetaket eller ved høghskolen - faglig opptatt av sykepleiedokumentasjon - i tillegg; representanter fra foretaket som har teknisk ansvar/opplæringsansvar for sykeleiedokumentasjon i EPJ 	<ul style="list-style-type: none"> - gi høring på utkast til revidert "Veileder" - gi høring på utkast til "Plan for aksjon"
Prosjektleder	<ul style="list-style-type: none"> - invitert inn av prosjektets initiativtakere på bakgrunn av tidligere studier i feltet - kjennskap til feltets sykepleiekultur - faglig kompetanse knyttet til dokumentasjon av sykepleie - prosjekterfaring og metodekunnskap - tilknytning til samarbeidende høghskole 	<ul style="list-style-type: none"> - samordne og drive prosjektet - koordinere prosjektet - veilede prosjektgruppesykepleierne - søke metodisk veiledning ved behov - skrive rapport fra prosjektet

Den overordnede hensikten med prosjekter organisert som aksjonsforskning er å skape positiv endring og ny kunnskap. Leirvik (2007) viser til Skogen (2006) som understreker betydningen av at det i forkant av et utviklingsprosjekt ligger et reelt opplevd behov for endring. Selvtilfredse kolleger lar seg i liten grad bevege og endrer sjelden sin praksis. Dette prosjektet ble initiert av sykepleiefaglige ledere ved sykehuset. De opplevde at dagens dokumentasjon av sykepleie verken innfridde juridiske eller faglige krav til journalføring, samtidig som de så at sykepleierne ikke fant noen støtte i dokumentasjonen når de skulle planlegge og organisere sykepleien til pasienten. For oss ble det viktig å fange opp de erfaringer og behov for endringer pleierne som var i direkte pasientkontakt opplevde. Vi ønsket å gå inn i en "bottom-up" tilnærming til problematikken. Hummelvoll (2003) viser til at aksjonsforskning også har som mål å skape en endrings- og læringsprosess som fortsetter ut over prosjektperioden. Vi har hele tiden sett på aksjonsforskning som en spiralfjær, der forbedringene skulle nå stadig nye høyder. Et mål i dette prosjektet ble derfor også å gjøre aktørene i feltet trygg på arbeidsmetoden, slik at de kunne drive prosessene videre selv.

3.4 Metodekritikk

Forskeren (prosjektleder) må identifisere og reflektere over sin egen rolle i forskningsprosessen. Det blir viktig ikke å forveksle forforståelse og resultater, forskeren må hele tiden overveie alternative tolkninger og versjoner. Malterud (2003) peker på at det stilles store krav til oversikt og ettertanke hos forskeren for at det ikke bare skal bli aksjon. Aksjonsforskeren skal aldri påta seg å bevise sine funn. Målet er å vise frem et sammenfattet sett av erfaringer, der dokumentasjonen skal vise at dette er et produkt av systematisk og kritisk refleksjon.

I følge Hummelvold (2003) vil forskerens holdninger prege hvordan og for hvem forskningen blir utformet og gjennomført. Dette har vært en bestillingsstudie initiert fra ulike avdelingssykepleiere ved sykehuset. Prosjektleder (forskeren) ble tidlig trukket inn som en ressurs i prosjektplanleggingen. Sjøvoll (2001) beskriver forskerens balansegang mellom aksjonsdelen og forskningsdelen i et prosjekt som et dilemma. Det stilles store krav til forskeren at han/hun skal kunne mestre både nærhet og distanse i denne situasjonen. I denne balansegangen ligger både aksjonsforskningens styrke og svakhet, avhengig av hvordan forskeren klarer å håndtere denne utfordringen. Prosjektleder har vært godt kjent i feltet fra tidligere arbeidsforhold ved to av sykehusets avdelinger. I tillegg har hun veiledet sykepleierstudenter ved flere av sykehusets avdelinger gjennom mange år. Slik knyttes nære bånd til feltet. Det har derfor vært viktig at prosjektleder ble tydelig i egen rolle som ekstern veileder og mentor i forhold til aksjonsdelen i prosjektet. Samtidig hadde prosjektleder også det faglig ansvar for gjennomføring av metodevalg og fremstilling av forskningen i prosjektet. Det har vært en vanskelig og utfordrende balansegang å bidra til at prosjektet ikke bare skulle bli aksjon men også sikre forskningsdelen i prosjektet.

3.4.1 Validitet og reliabilitet

Validitet i aksjonsforskning kan være vanskelig å måle. Kvalitet og relevans innebærer lojalitet og ansvarlighet overfor aktørene i prosjektet og overfor studien selv. I følge Sjøvoll (2001) vil gyldigheten i en aksjonsforskningsstudie være knyttet til aktørenes opplevelse, og på hvilken måte forskeren behandler den informasjon som utvikles gjennom prosessen. Svak validitet i en studie kan føre til at forskningen ikke oppleves gyldig av feltet. Vi har derfor ønsket å føre en så åpen prosess som mulig. Gjennom to tidligere studier i feltet med fokus på sykepleiernes dokumentasjonspraksis, var prosjektleders forforståelse farget av de prosesser og funn som kom frem da. Prosjektleder ønsket derfor å kunne ha

en åpen dialog på dette innad i prosjektgruppen. Det ble viktig for oss å legge til rette for at prosjektgruppen og pleiergruppen skulle kunne kommentere forskerens beskrivelser og tolkninger underveis i prosessen. Forskeren måtte hele tiden være lydhør for feltets opplevelser og beskrivelser. Hvis prosjektleder valgte å legge vekt på fokus eller tiltak for endring i aksjonen som aktørene i feltet ikke kjente seg igjen i, ville verdien av aksjonen miste troverdighet.

Når det gjelder reliabilitet, påliteligheten av forskningsfunnene, mener Sjøvoll (2001) aksjonsforskning ikke skiller seg vesentlig fra andre kvalitative forskningsmetoder. Pålitelighet og etterrettelighet i en forskningsprosess er grunnleggende retningslinjer uansett hvilke metoder man benytter.

Prosjektgruppesykepleierne har aktivt vært benyttet som medforskere gjennom hele prosjektet. De har fått fullt innsyn i alle deler av prosessen og muligheter for å innvirke på tolkninger av alle data. Rapporten presenterer prosjektets analyse og funn av data, samt gjennomføring av aksjonsdelen av prosjektet. Presentasjonen har ambisjon om å la leseren få innsikt i gjennomføring av prosjektet; hvordan datamateriale er samlet inn, håndtert og analysert. Jeg har hatt et ønske om å la leseren følge prosessen fra rådata til konklusjoner og håper at de stegene som er gjort også virker logiske og forsvarlige for leseren.

3.4.2 Ethiske overveielser

I følge prosjektets metodeveileder ble et slikt prosjekter regnet som en del av sykehusets interne kvalitetssikringsarbeid, det ble derfor ikke søkt om godkjenning til regional etisk komité. Vi samlet ikke inn eller lagret noen data i dette prosjektet som kunne kobles direkte opp mot enkeltpersoner. All deltakelse i datainnsamlinger var frivillige og respondentene og informantene hadde gitt samtykke til sin deltakelse. Prosjektet ble derfor heller ikke søkt godkjenning i Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Øverste faglige leder ved sykehuset har godkjent prosjektet før oppstart.

Aksjonsforskning har alltid som intensjon å skape endring i et felt.

Avdelingslederen måtte derfor godkjenne at avdelingen skulle inngå i studien.

Den enkelte pleier ville gjennom sitt ansettelsesforhold i avdelingen, automatisk bli utsatt for ulike endringer. En aksjonsforskningsstudie krever derfor en grundig etisk refleksjon gjennom hele studien. I tråd med Löfman m.fl. (2004) vil prosjektgruppen gjøre følgende etiske overveielser:

1. *Informert samtykke*; Alle informanter måtte samtykke til deltakelse gjennom innsendelse av eventuelle spørreskjema og intervju. Informantene ble informert skriftlig om muligheter for å trekke samtykke tilbake.
2. *Konfidensialitet og anonymitet*; Alle innsamlede data ble oppbevart nedlåst av prosjektleder. Kun prosjektleder (ikke ansatt på sykehuset) hadde tilgang på håndskrevne svarskjema fra pleierne. Alle data ble anonymisert før bruk. Sammendrag av innsamlede data fra enkeltavdelinger kunne brukes lokalt av avdelingssykepleier men med stor respekt på grunn av fare for noe gjenkjennbarhet i materialet.
3. *Beskytte individet*; Intervensjoner og valg i aksjonsforskning innvirker på pleierens arbeidshverdag, både fysisk, psykisk og sosialt. Studien var lydhør for den enkelte pleiers opplevelser og synspunkter.
4. *Forskerrollen*; Prosjektleder var ikke ansatt i det feltet hvor aksjonen ble initiert. Som ”outside” i forhold til feltet, kkunne prosjektleder kun samordne og lede prosessen, veilede prosjektgruppen i planleggingsfasen og veilede pleiergruppen i gjennomføringsfasen. Resten av medlemmene i prosjektgruppen og pleiergruppen var feltets ”innside”.
5. *Eierskap i forskningen*; Feltet eide problemstillingene og valg av aktuelle intervensjoner. Resultater fra kartlegging og evaluering var eid av både prosjektleder og praksisfelt. Publisering var eid av prosjektleder.

4 Analyse og presentasjon av funn

Etter en kronologisk beskrivelse av prosjektets organisering innledningsvis avklares her rammer for datainnsamling, analyse og presentasjon av funn.

Presentasjon av prosess analyse og funn deles i tre ut fra kronologisk rekkefølge; kartlegging ved baseline, aksjonsdel og repeterende evalueringen ved prosjektets avslutning.

En kronologisk beskrivelse av prosjektets organisering

Når man velger å benytte aksjonsforskning som metode for et prosjekt, ligger det alltid implisitt i metoden at innledende prosjektplaner kun er veiledende. Aksjonsforskning slik vi har forstått det, legger opp til en syklisk prosess, der man bygger på feltets opplevelser og erfaringer underveis i prosessen. Vi har hatt som intensjon å utvikle prosessen gjennom feed-back sløyfer. I et samspill mellom aksjon og forskning vil gjennomføring av slike prosjekter derfor alltid kunne avvike fra opprinnelige planer. Dette forsøkte vi å ta hensyn til også i dette prosjekt. Innsamlet datamateriale ble analysert og drøftet fortløpende gjennom hele prosjektet. Fremdriften i prosjektet, slik prosjektgruppen etter hvert valgte å organisere det presenteres i tabellen under:

Tabell 4: Oversikt kronologisk fremdrift i prosjektet fra oppstart oktober 2007 til avslutning desember 2008.

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvarlig/kommentar
Oktober 2007	- Oppstart prosjekt - Planlegge kartlegging (baseline)	- Fagdag PG + ressurspersoner - PL mottar metodeveiledning
November	- Kartlegging baseline <ul style="list-style-type: none"> • Refleksjonsskjema (hele pleiergruppen) • Intervju (7 sykepleiere) 	- PG- Spl sender ut/samler inn refleksjonsskjema - PG-Spl gjennomfører intervju
Desember	- Analyse av data - Starter utarbeidelse av "Plan for aksjon"	- PL transkriberer intervju - PL gjør innledende dataanalyse - PG fullfører analyse - PG
Januar 2008	- Utformer utkast "Plan for aksjon"	- PG
Februar/mars	- Høringsrunde utkast "Plan for aksjon" - Temadager; 6 like dager for pleiergruppen (Faglige innlegg, erfaringsutveksling, diskusjon) - Utkast "Plan for aksjon" revideres - 25. Mars; oppstart aksjon	- Referansegruppen + Pleiergruppen - Planlegging PG - Faglig ansvarig PL - Teknisk ansvarlig er avdelingssykepleierne - PG - Alle - PL mottar metodeveiledning
April/mai	- Revidering "Veilederen" - Høring revidert "Veileder" - Veiledning i avdelingene vedrørende aksjon	- PG - Pleiergruppen + referansegruppen - PL
Mai/juni	- Evaluering "Plan for aksjon"	- Avdelingsmøter (PL + PG-Spl) - PL; Renskriving innsamlede data
August	- "Kick-off" seminar, restart aksjon etter sommerturnus - Utforming av posterpresentasjon	- PG + ressurspersoner <ul style="list-style-type: none"> • Analyse evaluering "Plan for aksjon" • Faglig innlegg • Erfaringsutveksling - PG
September	- Posterpresentasjon nasjonal konferanse	- PG
Oktober	- Planlegge repeterende evaluering av kartlegging - Ferdigstiller revidert "Veileder"	- PG - PL mottar metodeveiledning - PG
November	- Repeterende evaluering <ul style="list-style-type: none"> • Refleksjonsskjema (hele pleiergruppen) • Intervju (7 sykepleiere) 	- PG-Spl sender ut/samler inn refleksjonsskjema - PG-Spl gjennomfører intervju
Desember	- Analyse av data - Utforme rapport foreløpige funn - Evaluering "Plan for aksjon"	- Transkribering av intervju; innleid ressurs - PL renskriver refleksjonsskjema - PG analyserer data alle trinn - PL, godkjennes av PG-Spl - Overleveres Samarbreidsorganet + styringsgruppen - Avdelingsmøter (PG-Spl)

(Prosjektgruppe = PG, Prosjektleder = PL, Prosjektgruppesykepleier = PG-Spl)

4.1 Rammer for analyse og presentasjon av funn

4.1.1 Struktur for analyse av data

I denne studien har vi tatt utgangspunkt i en modell med systematisk tekstkondensering når vi har analysert inn data (Malterud, 2003). I følge Malterud er dette en analysemetode spesielt godt egnet til å utvikle kunnskaper om informanternes erfaringer og livsverden i et bestemt felt. Metoden er godt egnet for en tverrgående beskrivende analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange informanter. Hun påpeker at forskeren derimot må være klar over at analysen alltid vil påvirkes av forskerens forforståelse og prosjektets teoretiske referanseramme. Dette har vi forsøkt å reflektere over og ta hensyn til når vi analyserte data og tolket frem mulige funn i materialet. Malterud deler analysen inn i fire trinn;

- Analysetrinn I: Å få et helhetsinntrykk
- Analysetrinn II: Å identifisere meningsbærende enheter
- Analysetrinn III: Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
- Analysetrinn IV: Å sammenfatte betydningen av dette

I analysetrinn I ble alle data transkribert og lest gjennom, både fortløpende og på tvers av spørsmål og fokus. Materialet ble også lest gjennom først avdelingsvis for deretter å leses fokus for fokus på tvers av avdelingene. I løpet av denne gjennomlesingen begynte de første temaene som kunne danne grunnlag for forbedringer i praksis å skille seg ut. I trinn II ble det merket av for interessante utsagn i teksten som kunne belyse informantenes ulike opplevelser og erfaringer knyttet til pleiernes dokumentasjonspraksis. Utsagnene ble samlet i kategorier som igjen ble knyttet opp mot de tema vi så konturene av i trinn I. Prosjektleder var her klar over at kategoriseringen ble preget av forforståelsen (presentert i

innledningskapittelet). Den samme forforståelsen hadde også lagt grunnlaget for fokus i refleksjonsskjema og intervjuguide.

I analysetrinn III forsøkte vi å tolke utsagnene vi hadde samlet i kategorier. Teksten ble tolket ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted, dette ble organisert forskjellig ved analyse av de to datasettene (se analyse for hver av kartleggingsrundene senere). I følge Malterud (2003) bør tolkningen i analysetrinn tre føre til en omskriving av det konkrete innholdet i kategoriene til abstrakt mening. Slik prosjektleder har forstått dette, har vi forsøkt å trekke ut en overordnet abstrakt mening med innholdet i kategoriene og presentert innholdet med egne ord. Eksempler på dette kan være utsagn fra informantene som omhandler forståelsen av hva de skal skrive om i pasientjournalen; *”Vi har ulike fokus på hva som er viktig å skrive om.”* Dette har vi tolket at kan handle om pleierens innsikt i hva som kan forstås som relevante og nødvendige data. I analysetrinn IV forsøkte vi så å sammenfatte innsikten fra tolkningen. Disse sammenfatningene har jeg valgt å benytte som ramme for presentasjon av funn i rapporten (se senere). Prosjektleder har hele tiden følt et ansvar for å kontrollere at de data vi har analysert og tolket gjennom analyseprosessene, ikke skulle være tatt fullstendig ut av sin sammenheng. For å kvalitetssikre dette har jeg gått systematisk tilbake til det opprinnelige datamaterialet og vurdert utsagnene i lys av den sammenhengen de ble uttrykt i. Dette føler jeg har vært en nødvendig prosess for å validere de tolkningene vi gjorde.

I tabellen nedenfor viser jeg i hvordan medlemmene i prosjektgruppen ble involvert i analyseprosessene:

Tabell 5: Oversikt prosjektleders og prosjektgruppesykepleiernes involvering i analyseprosessene.

Analyse	Refleksjonsskjema		Intervju	
	2007	2008	2007	2008
Trinn I	PL	PG hver for seg	PL	PG hver for seg
Trinn II	PL	PG hver for seg	PL	PG hver for seg
Trinn III	PL	PG i fellesskap	PL	PG i fellesskap
Trinn IV	PG	PG i fellesskap	PG	PG i fellesskap

(PL = Prosjektleder, PG = både prosjektleder og prosjektgruppesykepleierne)

Hvordan prosjektsykepleierne ble involvert som medforskere i analyseprosessene på ulikt vis i de to analyseprosessene i 2007 og 2008 omtales nærmere senere.

På grunn av prosjektets økonomiske og tidsmessige rammer har det ikke vært mulig å gjøre analyseproessen så inngående som ønskelig. Det jeg ser nå i etterkant er at spesielt analysetrinn III burde vært gjort mer grundig underveis i prosessen. Prosjektleder kunne med fordel ha søkt ytterligere metodeveiledning på analyseproessen. Min intensjon har gjennom hele prosjektet vært å behandle data på en så redelig og respektfull måte som mulig.

4.1.2 Rammer for presentasjon av funn

I følge prosjektsøknad fikk prosjektgruppen i mandat høsten 2007 å kartlegge relevante sider ved sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved baseline. Vi skulle avklare hva som eventuelt burde forbedres og komme med forslag til hvordan dette kunne gjennomføres. Planene for endringer skulle i følge mandatet bygge på funn fra tidligere studier av pleiernes dokumentasjonspraksis ved sykehuset og annen relevant forskning (presentert i rapportens innledning). Innsikten i disse tidligere funnene bidro til at vi gikk inn i prosjektet med en viss

forforståelse. Under prosjektgruppens oppstartmøte valgte prosjektleder å bruke tid på en gjennomgang av den enkelte sykepleiers forforståelse knyttet til egen dokumentasjonspraksis og til sykehusets felles bruk av dokumentasjonsredskapene mer generelt. Prosjektgruppesykepleierne så tidlig et behov for å kunne dra veksler på flere ressurspersoner fra egen avdeling som støtte i prosjektprosessen. De ble oppfordret til å danne interessenettverk av ressurspersoner blant kollegaene i egen avdeling og at dette skulle avklares med avdelingsleder. Prosjektleder arrangerte deretter en felles fagdag for prosjektgruppen og ressurspersonene. Fokus for dagen var ulike sykepleiefaglige og juridiske krav knyttet til dokumentasjon av selvstendig helsehjelp i en pasientjournal og tid til felles erfaringsutveksling og refleksjoner rundt egen dokumentasjonspraksis. Ved hjelp av et enkelt skjematisk oppsett med fokus på dokumentasjonens innhold fikk deltakerne reflektere over egne erfaringer knyttet til dagens bruk av dokumentasjonssystemet som et nyttig arbeidsredskap. I løpet av diskusjonene på fagdagen med ressurspersonene kom det frem beskrivelser av store forskjeller i feltet med tanke på pleiernes motivasjon for å bruke tid på dokumentasjon. Det kom også frem sprikende eksempler på hvorvidt pleierne opplevde at dokumentasjonen var et nyttig arbeidsredskap i planlegging av sykepleie til pasientene eller ikke. På fagdagen ga sykepleierne uttrykk for at innføring av elektronisk pasientjournal nå var et tilbaketrukket stadium, kun et fåtall pleiere hadde fortsatt noe motstand mot bruk av IKT som dokumentasjonsverktøy. De mente derfor IKT ikke trengte å være et eget fokus i kartleggingen.

Prosjektgruppen reflekterte i etterkant over diskusjonene på fagdagen og summerte opp momentene som hadde kommet frem til fire kjernefokus, disse ønsket vi å sentrere kartleggingen rundt:

1. Sykepleiefaglig identitet og fokus
2. Kunnskaper om dokumentasjonens juridiske og faglige intensjoner

3. Erfaringer i bruken av dokumentasjon som arbeidsredskap
4. Positive og negative forventninger til dokumentasjonspraksis (pleiernes motivasjon for endring)

Disse fire momentene dannet grunnlaget både for utforming av spørsmålene i refleksjonsskjemaet og fokus i intervjuguiden. I denne rapporten ser jeg det vil være hensiktsmessig å la disse fire momentene danne et rammeverk både for analyseprosessene og presentasjonen av funn ved kartlegging baseline og den repeterende evalueringen.

4.2 Analyse og presentasjon av funn fra kartlegging ved baseline

4.2.1 Analyse av datamateriale baseline

Prosjektleder hadde intensjoner om å involvere prosjektgruppesykepleierne i hele prosjektgjennomføringen, også i metodeutøvelsen. Ingen av sykepleierne hadde verken prosjekterfaring eller metode erfaring fra før. Vi kjente heller ikke hverandre og trengte innledningsvis litt tid på å gå inn i de rollene vi hadde.

Prosjektleder valgte derfor å gjennomføre mye av det innledende analysearbeidet selv i kartleggingen ved baseline. Prosjektgruppesykepleierne fikk tilsendt råmateriale fra egen avdeling til gjennomlesing, men analysetrinn I-III ble utført av prosjektleder. Trinn IV ble fullført gjennom felles gjennomgang og drøfting av prosjektleders funn fra fasene foran, samtidig som prosjektgruppesykepleierne hadde hatt tilgang på data fra egen avdeling.

Tabell 6: Rolle og ansvarsfordeling analyseprosess ved kartlegging baseline november 2007.

Analysetrinn	Rolle/ansvar
Trinn I	<ul style="list-style-type: none"> - PL transkriberte alle intervju - PL renskrev refleksjonsskjem (ikke i fulltekst, sammenfallende fokus flettes sammen) - PG-Spl fikk tilsendt transkribert tekst fra egen avdeling til gjennomlesing
Trinn II	<ul style="list-style-type: none"> - PL markerte for interessante utsagn i teksten, samlet utsagn i kategorier - PL trakk ut nyanser fra kategoriene
Trinn III	<ul style="list-style-type: none"> - PL sorterte kategoriene, lagde oversikt over interessante funn
Trinn IV	<ul style="list-style-type: none"> - PG fullførte analysetrinn IV på felles fagdager

(PL = Prosjektleder, PG = både prosjektleder og prosjektgruppesykepleierne)

Analysetrinn I: Å få et helhetsinntrykk

Etter transkribering av intervjuene ble tekstene sendt tilbake til intervjuer og informant for eventuell korrigerings og godkjenning. Ett av intervjuene hadde svært dårlig lyd kvalitet og deler av innholdet stod derfor i fare for å falle ut eller bli misforstått. Intervjuer og informant ble gjort oppmerksom på dette og bedt om å gjenskape innholdet så godt som mulig. Deretter ble store deler av teksten i refleksjonsskjemaene nedskrevet elektronisk, spørsmål for spørsmål og avdeling for avdeling. Ved sammenfall i respondentenes ytringer, ble disse ikke repetert. Dette ser jeg nå i etterkant er en svakhet ved analysen på dette trinn. For å unngå at lesere av transkribert tekst fra refleksjonsskjema skulle gjenkjenne hvilke respondentener som hadde uttalt hva, ble ytringene referert i tilfeldig rekkefølge. Transkribert tekst fra refleksjonsskjema ble sendt prosjektgruppesykepleier og avdelingsleder ved aktuelle avdeling. Tanken var at ledelsen skulle kunne

benytte innholdet i videre fagutvikling i avdelingen. Prosjektleder tydeliggjorde kravet om å vise respondentene respekt for de data de hadde utlevert.

Data fra refleksjonsskjema og intervju ble innledningsvis lest og vurdert hver for seg, senere i analyseprosessen ble meningsenhetene flettet sammen i felles kategorier. Prosjektleder leste gjennom materialet avdeling for avdeling, innledningsvis skjema for skjema, deretter på tvers spørsmål for spørsmål.

Analysetrinn II: Å identifisere meningsbærende enheter

Allerede under transkriberingen fenges man av innholdet i intervjuene eller refleksjonsskjemaene, meningsbærende enheter trer frem. Prosjektleder leste gjennom tekstene hver for seg flere ganger og noterte anmerkninger i margin. De meningsbærende enhetene ble skilt ut i, utsagn som omhandlet samme fokus ble samlet i kategorier. Disse kategoriene var utledet av de ulike tema jeg så konturene av i trinn I. Eksempler på slike kategorier var; opplevelse av travelhet, manglende tillit til nedskrevet tekst, dobbelføringer, betydning av å lese seg opp. På dette nivå var grupperinger av meningsenheter fortsatt skilt mellom intervjuene og refleksjonsskjemaene.

Analysetrinn III: Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

Kategorier fra hver av datakildene ble nå sett i sammenheng og summert i en liste over sentrale fokus i materialet. Denne listen med momenter eller sammendrag med sentrale fokus ble strukturert etter de fire fokus spørsmålene i refleksjonsskjemaet og intervjuguiden var bygd opp rundt. Svakheten ved analysen på dette trinn var den noe overfladiske abstraksjonen av innholdet. Prosjektleder brakte med seg denne oversikten inn i fagdagene med resten av prosjektgruppa.

Analysetrinn IV: Å sammenfatte betydningen av dette

Prosjektleder valgte å sette av to hele dager med prosjektgruppen til diskusjoner rundt betydningen av sammenfatningene så langt i analyseprosessen.

Innledningsvis fikk sykepleierne legge frem sine tanker om materialet fra egen avdeling så langt. De hadde som tidligere nevnt, ikke fått bestilling på noen analyse av materialet. Etter denne innledende runden la prosjektleder frem sin sammenfatning og prosjektgruppen diskuterte betydningen av funnene. Som resultat fra analyse av datamaterialet i kartleggingsfasen sammenfattet prosjektgruppen funnene til fire områder med behov for faglig utvikling:

1. Styrke sykepleiefaglig fokus i dokumentasjonen
2. Styrke sykepleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter og de juridiske krav som stilles til dokumentasjon
3. Øke samkjøring/likhet i bruken av dokumentasjonsredskapene mellom avdelingene
4. Utnytte eksisterende rammefaktorer bedre

Disse fire områdene ser vi har noe sammenfallende fokus med de fire rammene vi valgte som struktur for presentasjon av funn. Dette sammenfallet tolker jeg som tegn på at vi har greid å tolke frem kjernefokus i det materialet vi har analysert, samtidig som analysen sannsynligvis vil være preget av prosjektlederens for forståelse. Slik prosjektgruppen forsto disse fire områdene la de sentrale føringer for utvikling av avdelingenes dokumentasjonspraksis. Ved å gripe fatt i nettopp disse fokus, mente prosjektgruppen at vi hadde rom for å planlegge flere mulige innfallsvinkler for endringer. Resultatet av prosjektgruppens diskusjoner på fagdagene la grunnlaget for det videre arbeid med ”Plan for aksjon”.

4.2.2 Presentasjon av funn fra kartlegging baseline

Funnene fra kartleggingen som presenteres her bygger på data både fra refleksjonsskjema og intervju. Funnene gir oss et bilde av hvordan pleierne opplevde sider ved sin egen dokumentasjonspraksis på kartleggingstidspunktet. Presentasjon av funn struktureres gjennom de fire områdene beskrevet foran.

1. Sykepleiefaglig identitet og fokus

Pleiere som har en tydelig sykepleiefaglig identitet og setter fokus på sykepleie som selvstendig fagutøvelse har ofte enklere for å se hva som kan være relevant og nødvendig hvilke data som bør nedtegnes i pasientjournalen. En slik faglig basis hjelper pleieren å se hva innholdet i sykepleie som helsehjelp kan handle om, og skjønner ut fra dette bedre den verdi dokumentasjon kan ha som arbeidsredskap for at pasienten skal motta en best mulig pleie. Flere av utsagnene i materialet viste til en tydelig sykepleiefaglig identitet: *”Viktig med en bevisstgjøring av hva som er viktig å dokumentere og hvorfor dette er viktig”* – *”Det vi skal dokumentere er sykepleiefaget”* - *” Vi skal dokumentere selvstendig helsehjelp for å sikre kvalitet i behandlingen – kanskje?”* – *”Den mentale biten (følelser og tanker) blir sjelden dokumentert”* – *”Vi glemmer ofte å skrive om sykepleien, tankene og følelsene til pasienten er ofte likeså viktige som selve problemet.”* – *”Synes det er viktig å dokumentere pasientens behov for grunnleggende sykepleie, synliggjøre pleien og vurderinger.”* – *”Synes det er viktig å skrive om pasientens egne følelser og opplevelser rundt sykehusoppholdet.”*

Derimot ga tilbakemeldinger fra pleierne tydelige signaler på at denne faglige tydeligheten ikke er gjengs utbredt i hele pleiekulturen. Svært mange pleiere viser til en noe svak eller utydelig sykepleiefaglig identitet. Ved noen av avdelingene tok pleierne gjerne utgangspunkt i medisinske diagnoser når de

skulle lage pleieplaner til pasientene. Begrunnelser for problem og utvelgelse av tiltak ble knyttet opp mot den medisinske behandlingen, pleien fikk slik et tungt medisinskfaglig fokus: *"Det jeg velger å skrive om er siste nytt fra legevisitten"* - *"Jeg vektlegger å skrive om pasientens diagnoser"* – *"Først og fremst vektlegger jeg å skrive om det problemet pasienten er lagt inn for"* - *"Vi skriver mye i koordineringsboksen, gjerne om endringer fra legevisitten og beskjeder og sånt."* – *"Mange ganger så dobbeltfører vi det som står på kurven i koordineringsboksen."* - *"Jeg går inn og leser i journalen når jeg skal forberede meg til visitten, ser på blodprøver å sånt, ellers så leser jeg sjelden."* Et slikt språk i forståelsen av hva som burde være sykepleiens fokus og innhold, gjorde at det oppstod stor usikkerhet blant flere av pleierne omkring hva som skulle forstås som relevante og nødvendige data å journalføre. Denne usikkerheten ble det viktig å gripe fatt i under utarbeidelsen av mål og tiltak i "Plan for aksjon".

Et annet fokus enkelte av pleierne var opptatt av var pasientens rett til medvirkning. Utsagnene som følger viser pleiere som ivaretok et perspektiv på pasienten i sin yrkesutøvelse: *"Pasienten skal ha medbestemmelse. Viktig å finne ut av hva pasienten har som fokus."* – *"Pleieplanen sikrer at vi jobber mer sykepleiefaglig og pleien blir mer individuell til hver enkelt pasient. Dette gir meg en trygghet i en travel hverdag."* - *"Pleieplanen er kjempeviktig for at vi skal få til å jobbe sammen med pasienten. Det blir mer kontinuitet i pleie og tiltak for pasienten."* - *"Vi er ikke alltid flinke nok til å samarbeide med pasienten angående pleieplanen, blir fort at vi skriver problem og tiltak uten at pasienten deltar i dette."* Pasientens rett til medvirkning er sikret gjennom lovverket og satt tydelig på dagsorden av sentrale myndigheter. I materialet var det få pleiere som tok utgangspunkt i pasientens rettigheter når de beskrev fokus for pleien, de fleste beskrivelser tok utgangspunkt i et pleierperspektiv og utfordringer slik pleierne selv så dem.

2. Kunnskaper om dokumentasjonens juridiske og faglige intensjoner

Spørsmål fire og fem i refleksjonsskjemaet skulle gi et bilde av pleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter. En innsikt som vil være av avgjørende betydning for å investere tid og ressurser på en faglig forsvarlig dokumentasjon. Uten en god forståelse av dokumentasjonens verdi vil pleiernes motivasjon for å forbedre egen praksis kunne svekkes. Disse to spørsmålene viste overraskende til mange blanke besvarelser i materialet. De beskrivelsene som kom inn var ordknappe, ofte besvart gjennom generelle lovhenvvisninger som "helsepersonelloven" eller "pasientrettighetsloven" som svartekst. Få besvarelser viste til konkret innsikt i andre enn de juridiske hensikter, kun noen få pleiere nevnte kvalitet og kontinuitet i besvarelsene. Vi kan ikke si om dette resultatet kommer av vanskelige spørsmålsstillinger eller mangel på kunnskap, men noen av respondentene kommenterte det slik; *"Vanskelig spørreskjema. Ville svært gjerne svart muntlig."* - *"Dere bruker et vanskelig språk, usikker på om jeg har forstått spørsmålene rett."* – *"Selvstendig helsehjelp - ?"*.

Ut fra datamaterialet kunne det også se ut som pleierne var mer opptatt av å sikre egen ryggdekning enn at innholdet i dokumentasjonen skulle synliggjøre hvordan de gjennom planlegging og gjennomføring av pleien hadde bidratt til at pasientene mottok faglig forsvarlig helsehjelp: *"Jeg vet at jeg må dokumentere det som skal være til forsvar i mitt eget yrke....slik at ingen kan gi meg skylda for det som er gjort/ikke gjort."* – *"Vise at jeg har mitt på det tørre ved en eventuell klagesak."* – *"Jeg dokumenterer for å ha 'ryggen fri' hvis det skjer noe med pasienten."*

3. Erfaringer i bruken av dokumentasjon som arbeidsredskap

Det kom fram av datamaterialet at pleierne hadde svak felles forståelse av hva som skulle nedtegnes, hvorfor dette burde nedtegnes og hvordan de skulle bruke dokumentasjonsredskapene. Pleierne hadde svært sprikende oppfattelser av hvor

omfattende dokumentasjonen burde være og hvor de mente ulike data skulle nedtegnes i strukturen: *"Hver enkelt av oss har forskjellige oppfatninger av hvor ting skal skrives – blir fort uoversiktlig" – "Vi bør skrive kort og konsist, blir skrevet for mye som vi allerede vet – det blir fort rotete."* - *"Viktig at pleieplanen er veldig detaljert – er det lite detaljer blir jeg utrygg og usikker."* - *"Jeg vil dokumentere alt jeg gjør for min egen sikkerhet"* – *"Når vi bruker standardtekster blir de ikke tilpasset pasienten, vi stryker ikke det som ikke er relevant"* – *"Pasientstatusen er alt for dårlig, nesten aldri utfylt. Mange skjønner ikke hva vi skal ha fokus på"* - *"Viktig at vi alle evaluerer det som er aktuelt hele tiden"* – *"Alt for mange skriver litt mye tull i G3"* – *"Jeg synes det er viktig å få skrevet noe på hver vakt. Det jeg skriver om er det som skjer med pasienten."* - *"Viktig at vi alle bruker systemet på samme måte."* Denne usikkerheten kan være et resultat av mange ulike faktorer. Noe av det jeg mener skaper denne ulikhet i bruken av redskapene, kan som nevnt foran være svak faglig identitet, eller manglende innsikt i dokumentasjonens hensikter. Men like så aktuelt kan det være at pleierne har for dårlig opplæring i bruken av redskapet, for lite trening i prosessorientert dokumentasjon eller utviser en svak lojalitet til de bestemmelser som er fattet.

Ut fra beskrivelsene i datamaterialet så det ut til å være mye frustrasjon knyttet til dokumentasjonspraksisen i pleiergruppen: *"Det oppleves ofte mer som et dokumentasjonskray (juridisk) mer enn som nyttig arbeidsredskap."* Andre ga uttrykk for at de forventet forbedring: *"Ser veldig frem til at dette prosjektet skal gjøre arbeidsdagene våre angående dokumentasjon lettere."* Utsagn fra respondentene viste et stort sprik i pleiernes oppfattelser av om dokumentasjon fungerte som et godt arbeidsredskap eller ikke: *"Pleieplan har liten påvirkning for meg"* – *"Jeg vil møte pasienten først før jeg leser pleieplanen så jeg ikke blir påvirket av det andre skriver"* – *"Skriver alltid mot slutten av vakta, mest praktisk da."* - *"Pleieplanen er en meget viktig informasjonskilde, slik at jeg til*

enhver tid blir oppdatert på pasientens situasjon, og ut fra det kan gi best mulig pleie.” – ”Dokumentasjonen forteller meg hvordan det står til med pasienten og hva som skal gjøres videre.” – ”Føler at det tar mye tid og energi, kan bli et viktig arbeidsredskap etter hvert. Kan ikke stole på at en har alle opplysninger i dag ” – ”Pr i dag er den sykepleiefaglige delen av pasientjournalen til stor frustrasjon for meg i mitt daglige virke. Den er svært uoversiktlig og gir meg lite informasjon om hvordan pasienten har hatt det de siste dagene.” – ”Pleieplaner som omfatter sårstell er stort sett greie å forholde seg til.” Disse utsagnene ga et bilde på pleiernes holdninger til egen dokumentasjonspraksis. Pleiernes motivasjon for endring så ut til å være preget av svak tillit til gyldigheten i det som var nedtegnet, dokumentasjonens verdi hadde tydeligvis ikke like høy status hos alle pleierne.

Flere av pleierne refererte derimot også til positive erfaringer i bruken av dokumentasjon som arbeidsredskap, spesielt når de hadde bruk for den som kilde til oppdateringer om pasientens status og behov for sykepleie: *”Det at du på forhånd er klar over pasientens situasjon skaper tillit og trygghet hos pasienten” - ”En god pleieplan letter arbeidet, slipper å spørre om det andre har spurt om før meg. Viktig med felles mål for det vi skal hjelpe pasienten med, trygghet for pasienten at vi gjør det likt.” - ”Jeg går alltid inn og leser om morgenen før jeg møter pasientene, også ofte flere ganger i løpet av vakta når det dukker opp noe du lurer på.” - ”Å lese dokumentasjonen gir meg forutsigbarhet, jeg ser hvilke ressurser pasienten har og hva han trenger hjelp til.” - ”Godt med en god pleieplan å følge, lettere å sette seg inn i problematikken og ta over pasienten, føler meg mer oppdatert.”* Disse positive erfaringene ble det viktig å spille videre på i planleggingen av en ”Plan for aksjon”.

Skal man sikre kontinuitet i pleien til pasienten, er videreformidling av viktig informasjon av essensiell betydning. Pleiekulturen har historisk sett bygd på en muntlig overleveringstradisjon. Av erfaring vet vi at det vil være en klar sammenheng mellom hva som nedtegnes skriftlig i journalen og hvordan den muntlige overleveringen av pasientinformasjon er organisert i avdelingen. Pleierne viste i sine besvarelser til denne ulik forståelse av sammenhengen mellom bruken av skriftlig dokumentasjon og organisering av informasjonsutveksling mellom vaktskiftene; *”Mye bra muntlige rapporter, så jeg prioriterer heller pasientkontakt enn å sette meg å skrive” – ” de muntlige rapportene gir meg alle data jeg trenger om pasienter, så da gidder jeg ikke å lese.” – ”Sjelden jeg bruker EPJ når jeg skal gi rapport (tungvindt), da leser jeg fra ”skrivet” mitt.”* På direkte spørsmål om hvilken betydning pasientjournalen har i det daglige virke svarte en av pleierne; *”Ikke mye. De meste og beste opplysninger kommer fra de muntlige rapportene.”* Disse utsagnene kan være et tegn på svak innsikt i dokumentasjonens hensikter. Slik jeg ser det bidrar ikke en slik vektlegging av den muntlige informasjonsoverføringen til å videreutvikle en dokumentasjonspraksis som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til pasienten.

4. Forventninger til dokumentasjonspraksis

Gjennom datainnsamlingen ved baseline ville prosjektgruppen avklare den verdi pleierne tilla dokumentasjonen og hvilke forventninger de hadde til at egen innsats kunne bidra til å påvirke kvaliteten på dokumentasjonen. Vi mente det var viktige å få frem pleiernes egne opplevelser av de utfordringer de så påvirket dokumentasjonspraksisen. Det var noen av disse utfordringene prosjektgruppen ville gripe fatt i for å bygge opp under pleiernes motivasjon for endring.

Gjennom presentasjonen av funnene foran mener jeg man også kan tolke ut av materialet at dokumentasjonspraksis ofte handler om forventninger til at en innsats skal være nyttig, at man forventer å få noe positivt tilbake. Tidsbruken og energien må ”kaste noe av seg”, ha en verdi for pleieren. Andre faktorer som

innvirker på pleiernes motivasjon knyttet til god sykepleiefaglig dokumentasjonspraksis er de rammer som påvirker dokumentasjonspraksisen. Svært mange av pleierne trakk fram mangel på tid, opplevelsen av travelhet som en av de største hindringer for god dokumentasjonspraksis: *”Travelt i avdelinga, har liten tid til å gå inn å lese” – ”Vi trenger kontinuerlig opplæring og tid til å dokumentere.” – ”Har ikke tid til å prioritere dokumentasjon – da blir den ikke oppdatert” – ”Første hinder er tid. Mulig vi organiserer oss for dårlig.”* Blant de av pleierne som hadde erfart at dokumentasjon ga dem god støtte i eget arbeid beskrev travelhet på en annen måte: *”At vi har det travelt er egentlig en dårlig unnskyldning.” – ”Det tar jo egentlig mindre tid å dokumentere nå når vi er blitt tryggere på hva som skal stå hvor.” – ”Føler vi har kommet langt med dokumentasjonen på vår avdeling, kjempegreit, og det blir bare bedre og bedre. Dette gjør at vi jobber mye lettere nå faktisk.”* Andre pleiere refererte til knapphet på fysiske rammefaktorer som en begrensning for god dokumentasjon: *”Vi har for få datamaskiner tilgjengelig – kamp om ledige maskiner” – ”Det er ikke ro nok når det skal dokumenteres.”*

Mange pleiere viste også til stor frustrasjon over IT-redskapenes funksjon. De mente det tok for lang tid å logge seg på PC, ble for mye ”knotting” for å lete seg frem i redskapet og at det for ofte var ”heng” i systemet. Slik jeg vurderte rammene og mandatet for prosjektet, hadde vi ingen muligheter for å gå inn å endre på slike IT-tekniske utfordringer. Slike frustrasjoner fra pleierne ble derfor ikke fulgt opp videre i prosjektet. Derimot så vi at pleiernes frustrasjon over enkelte andre rammefaktorer, med forholdsvis enkle grep kunne lette mulighetene for en god og hensiktsmessig dokumentasjonspraksis ganske mye. Den frustrasjonen som kom fram i datamaterialet ble avgjørende å jobbe med i forhold til å styrke pleiernes motivasjon for endring. For å kunne bidra til positiv endring ble det

viktig å bearbeide frustrasjonen for å kunne øke pleiernes motivasjon til endring av egen praksis.

Det som ikke kommer så godt frem i presentasjonen av funnene over er at en tolkning av materialet i sin helhet fikk frem kulturelle forskjeller mellom avdelingene. For noen av avdelingene opplevdes ”grunntonen” i materialet som gjennomgående mer positivt enn de andre. I enkelte avdelinger var det mer tydelig at pleierne hadde en større motivasjon for å bli bedre og man så i større grad mulighetene enn begrensningene i egen dokumentasjonspraksis.

”Grunntonen” viste til ulik forståelse av egen sykepleiefaglig identitet og hva man ønsket å vektlegge som innhold og fokus i dokumentasjonen. Disse forskjellene i ”grunntonen” mellom avdelingene var ikke så godt synlig for sykepleierne i prosjektgruppen. De hadde kun tilgang til datamateriale fra egen avdeling, og i tillegg kunne deres forforståelse være farget av den kulturen de selv var en del av. Jeg er klar over at også prosjektleders forforståelse vil være med å farge opplevelsen av ulikeheter i ”grunntonen” avdelingene i mellom. Jeg har vært prosjektleder i den tidligere omtalte pilotstudien ved to av sykehusets avdelinger, og kjenner derfor disse avdelingene bedre enn de andre. Jeg har valgt ikke å gå dypere inn i de faglige utfordringene som kan ligge i forskjellige ”grunntoner”, men valgt å se på muligheter for lokal utnyttelse av avdelingenes ulike rammefaktorer.

4.3 Prosjektets aksjonsdel

Med utgangspunkt i kartleggingen ved baseline, presentert i forrige underkapittel, hadde prosjektgruppen fått i mandat å lage en plan for endringer i sykepleiernes dokumentasjonspraksis slik at målene for prosjektet skulle nås. I dette underkapitlet vil jeg beskrive den aktive delen av prosjektet, aksjonsdelen. I aksjonsdelen ønsket vi å legge til rette for aktiv involvering og spille på en

positiv motivasjon for endring. Vi ønsket at pleierne skulle få en følelse av at egen innsats faktisk bidrog til forbedring. Vedrørende kronologisk fremdrift i aksjonsdel se tabell 4.

4.3.1 Utarbeidelse av ”Plan for aksjon”

Når prosjektgruppen i prosjektets *Fase 2* la en plan for endringsprosessene i prosjektet (jfr figur I), valgte vi å ta utgangspunkt i de fire fokus vi oppsummerte analysen av kartleggingen med i forrige kapittel. Vi valgte å utarbeide et utkast til en detaljert plan for aksjonen. Under arbeidet med utformingen av ”*Plan for aksjon*” ble prosjektgruppen delt inn to og to på hvert av de fire fokusene, dette for å fremme en god fremdrift i utformingen av planen. Vi diskuterte og samkjørte utformingen av detaljene i planen på møter i prosjektgruppena. Planen ble strukturert gjennom utforming av hovedmål, delmål og konkrete tiltak for hver av de fire fokus. Ut fra funn i datamaterialet om forskjeller i avdelingenes ”grunntone”, valgte prosjektgruppen å åpne for avdelingsvise tilnærminger som et supplement til Fokus 1 i ”Plan for aksjon” (utnyttelse av rammefaktorer). Medlemmene i prosjektgruppen avklarte avdelingenes lokale ønsker og behov knyttet til egne rammefaktorer på avdelingenes neste avdelingsmøte. Denne delen av ”Plan for aksjon” hadde avdelingene ansvar for selv sammen med sin prosjektgruppesykepleier. Resten av ”Plan for aksjon” skulle være felles for alle avdelinger som inngikk i prosjektet. Dette nettopp for å kunne bidra til en mer samkjørt bruk av dokumentasjonsredskapene og en enklere informasjonsutveksling ved forflytning av pasienter på tvers av postene.

Utkastet til ”Plan for aksjon” ble i januar gjort tilgjengelig for alle pleierne i feltet. Samtidig tydeliggjorde prosjektgruppen et ønske om tilbakemeldinger og reaksjoner på utkastet. Prosjektgruppen reviderte utkastet på bakgrunn av

pleiernes innspill. Endelig ”Plan for aksjon skulle” var ferdig til presentasjon i rimelig tid før oppstart av aksjon 25. mars 2008.

4.3.2 Tiltak for å øke pleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter

For å gjøre alle pleierne godt kjent med aksjonen i prosjektet og legge til rette for aktiv deltakelse i prosessen, valgte prosjektgruppen å arrangere felles temadager for hele pleiergruppen ved de avdelinger som inngår i prosjektet. Hvert år bruker den sykepleiefaglige ledelsen ved sykehuset å arrangere felles temadager der sykepleiefaglige tema settes på dagsorden. I 2008 ble disse temadagene satt av til dette prosjektet. Ledelsen satte opp seks dager i overgangen februar-mars, de hadde ansvar for den tekniske gjennomføringen av dagene og fordelte pleierne på de seks dagene uavhengig av avdelingstilhørighet. Prosjektleder hadde det faglige ansvaret og ledet temadagene. Medlemmene i prosjektgruppen spredte seg over alle dagene og var delaktige sammen med prosjektleder. Samme program ble kjørt alle seks dager. Dagene ble holdt i høgskolens lokaler fra kl. 09-15, sykehuset spanderte lunsj på alle pleierne (program for dagene; se Vedlegg V).

Ut fra funn i kartleggingen i prosjektets *Fase 1*, avklarte prosjektgruppen at temadagene både burde ha faglig påfyll knyttet til dokumentasjon av sykepleie, gi rom for erfaringsutveksling og tid til felles diskusjon rundt utkast til ”Plan for aksjon”. Målet med temadagene var å gi pleierne en faglig oppdatering slik at de senere i aksjonen kunne erfare at god dokumentasjon faktisk kan være en støtte i sykepleieutøvelsen. Verdien av dokumentasjon som nyttig arbeidsredskap skulle tydeliggjøres og vi ville bygge opp under pleiernes forventninger om at deres innsats faktisk kunne føre til at vi nått målene i ”Plan for aksjon”.

Videre hadde prosjektgruppen gjennom prosjektets delmål 4 fått i mandat å revidere sykehusets ”Veileder for dokumentasjon av sykepleie”. ”Veilederen” fra 2004 var ikke i bruk og måtte oppdateres. Denne ”Veilederen” ble i sin tid utformet som et felles hjelpeverktøy for begge sykehusene i helseforetaket. Prosjekteier ønsket nå at ”Veilederen” skulle bli et aktivt og nyttig verktøy i sykepleiernes dokumentasjonspraksis, og ønsket at prosjektgruppen skulle utforme en lokal veileder tilpasset resultatene i prosjektet.

Prosjektgruppen ville gjennom revideringen av ”Veilederen” vise hvordan de ulike malene i dokumentasjonsredskapet skulle benyttes; hvilken hensikt malene hadde, når de skulle brukes og hva de skulle inneholde. I tillegg utformet sykepleierne i prosjektgruppen konkrete eksempler på bruken av malene. Eksempelene hadde et klart sykepleiefaglig fokus, viste til oppfølging av fiktive pasienters individuelle behov for sykepleie. I tillegg viste eksempelene til aktiv bruk av søkeordene og undersøkeordene i VIPS-modellen. Den reviderte ”Veilederen” skulle sette en felles standard for hvordan avdelingene ved sykehuset skulle benytte dokumentasjonsredskapet. Det foreløpige utkastet ble lagt frem til høring før sommeren 2008, justert etter høring og endelig godkjent og lagt inn i sykehusets kvalitetssystem (EQS) i oktober 2008. Flere av avdelingene delte etter dette ut ”Veilederen” til alle nyansatte og praksisveilederne benyttet den flittig i undervisning av sykepleierstudentene i praksisstudiene. ”Veilederen” ble også benyttet i undervisning i høgskolen som praksisforberedelse for studentene i 2. studieår. Ett eksemplar av ”Veilederen” skulle ligge lett tilgjengelig ved de PC’er pleierne benyttet når de dokumenterte selvstendig helsehjelp i pasientjournalen.

4.3.3 Aksjon – en syklisk prosess

Start for aksjon ble satt til 25. mars 2008 (rett etter påske). Da var ”Plan for aksjon revidert” etter høringsrunden blant pleierne og diskusjoner på

temadagene. Planen ble trykt opp i A5-format og delt ut til alle pleiere i feltet (se Vedlegg VI). Sykepleierne i prosjektgruppen og ressurspersonene på avdelingene skulle være motivatorer i prosessen og veilede kollegaene i aksjonen. Ut fra tilbakemeldingene fra sykepleierne i prosjektgruppen ble det stilt ulike forventninger til deres rolle. Noen ble hyppig benyttet til spørsmål og avklaringer og fikk tid på alle avdelingsmøter til å diskutere fremdriften i prosjektet. Andre derimot følte at aksjonen ble en ganske ensom prosess, de opplevde heller liten interesse for endringene i sin avdeling.

Prosjektgruppen hadde flere møter underveis i aksjonen der vi la frem erfaringer med prosessen så langt og diskuterte mulige behov for justeringer. Vi erfarte hvor viktig det var hele tiden å minne hverandre på betydningen av å opprettholde fokus på prosessene og holde motivasjonen oppe blant pleierne i feltet. Vi så hvor viktig det var å gi pleierne positive tilbakemeldinger når de tok aksjonen på alvor og prøvde ut tiltakene som var skissert i "Plan for aksjon". Ut fra tilbakemeldingene til sykepleierne i prosjektgruppen kunne det se ut som de avdelingene som hadde greid å knytte motiverte ressurspersoner rundt prosjektgruppesykepleierne lyktes best i det å holde fokus på aksjonen. Det kom også tilbakemeldinger på at de avdelinger som ut fra kartleggingen så ut til å ha de største utfordringene i det å sikre faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie, hadde den svakeste interessen for fremdriften i aksjonen.

Det var satt av prosjektmidler til at prosjektleder kunne veilede avdelingene i forhold til egen fremdrift i aksjonen, en dag for hver av avdelingene. Disse dagene kom i overgangen april/mai. Noen av avdelingene hadde planlagt denne veiledningsdagen godt og lagt en plan for hva prosjektlederen skulle veilede på, i andre avdelinger visste pleierne knapt hvorfor prosjektleder var i avdelingen. Flere av avdelingene var spesielt opptatt av de tiltakene som var lokalt tilpasset egen avdeling i forhold til Fokus 1 i "Plan for aksjon". I pilotstudien fra 2006-

2007 greide de to avdelingene som da deltok, å rydde rom for et eget *fagmøte* for pleierne hver dag mellom kl. 11.00-11.30. Disse møtene benyttet pleierne til å gå gjennom sykepleiefaglige utfordringer de møtte hos pasientene og diskutere hvordan de skulle dokumentere pleien slik at pasienten ble sikret best mulig kvalitet og kontinuitet i pleien. Erfaringene fra disse fagmøtene var svært positive og etter hvert godt kjent for resten av feltet som inngikk i prosjektet. Mange av pleierne ønsket å rydde rom for en lignende arena for fagdiskusjoner i egne avdelinger. I den forbindelse hjalp prosjektleder avdelingene med å rydde tid og rom til slike møter. Deriblant blant annet med å sette fokus på daglige rutiner, spesielt rutiner knyttet til utveksling av nødvendig pasientinformasjon ved vaktskiftene. Videre ønsket flere av avdelingene veiledningshjelp til å utnytte bruken av rom og PC'er bedre. Hvordan kunne de skjerme enkelte aktiviteter og utnytte optimalt bruken av de PC'er avdelingene allerede hadde. Prosjektleder under disse veiledningsdagene at pleierne hadde god motivasjonen for å utnytte avdelingens rammefaktorer optimalt.

Andre avdelinger var igjen mer opptatt av å søke veiledning på oppbygging av en god plan for pleien til pasienten. De ønsket konkret veiledning på flere av de planer de allerede hadde skrevet. I felles gjennomgang av planene satte vi fokus på å sikre et pasientperspektiv på pleien, styrke det sykepleiefaglige fokus og avgrense omfanget av relevante problem. Mange av pleierne viste fortsatt noe uttrykk i hva som kunne forstås som relevante og nødvendige data å nedtegne i pasientjournalen. VIPS-modellen ble slik et nyttig hjelpemiddel for flere av pleierne og en god støtte i pleieplanskrivingen .

Før aksjonen startet avklarte prosjektgruppen at man ønsket å evaluere aksjonen midtveis. Vi la opp en felles strategi for organisering av evalueringen. Det ble for ambisiøst å evaluere hele "Plan for aksjon" på et slikt møte. Prosjektgruppen ønsket å avgrense evalueringen til Fokus 2 i Plan for aksjon; "*Styrke*

sykepleiefaglig fokus i dokumentasjonen” (både hovedmål og delmål), og vi formulerte følgende momenter til diskusjon:

- Forbedringer pr i dag
 - Gi eksempler på ting dere synes er blitt bedre i egen dokumentasjonspraksis i løpet av aksjonen?
 - Hva mener dere er årsaken til denne fremgangen?
- Utfordringer fremover
 - Hva ønsker dere å gripe fatt i videre fremover?
 - Hvilke grep trengs for at dere skal få det til?

Prosjektleder og pleierne i prosjektgruppa vekslet på å lede evalueringene på avdelingsmøtene. Oppmøte og engasjement på postene var svært variabelt. Det ble tatt notater fra alle evalueringene. Disse ble sammenfattet av prosjektleder; ett sammendragsnotat uavhengig av avdeling og ett notat som sorterer både på avdeling og fokus i evalueringen (forbedringer, utfordringer). Funn i det første notatet ble drøftet på et felles ”kick-off” seminar for prosjektgruppen og alle ressurspersonene rett etter sommerferien (se under).

Et ”kick-off” seminar i slutten av august skulle hjelpe oss til å sette fokus på prosjektet igjen etter flere uker med sommerturnus, mange ferievikarer inn i turnusen og litt ”unntakstilstand” i avdelingene. Erfaringsmessig visste vi at fagutvikling og endringsprosesser har dårlige livsvilkår i sommerukene på en sykehusavdeling. Dagen var satt av til gjennomgang av avdelingenes evaluering av ”Plan for aksjon” før sommeren, erfaringsutveksling og faglig påfyll.

Evalueringene viste til følgende *forbedringer*:

- Positiv utvikling i bruk av VIPS-modellen
- Mer individuelt tilpasset pleie
- Mer sykepleiefokusert dokumentasjon

- De ganger fagmøter avholdes oppleves de svært nyttige. Gir muligheter for gode og viktige fagdiskusjoner
- Bedre innkomstnotater (pasientstatus)
- EPJ oppleves mer som et arbeidsredskap

Dette var positive funn som ga sykepleierne på ”kick-off” seminaret motivasjon til å stå på videre. Summen av de *utfordringer* evalueringene fanget opp var;

- Utfordring å sikre ajourføring av G3
- Ønsker økt bruk av Spl. sammendrag i G2
- Vi må fortsatt forsøke å unngå dobbeltføringer
- Ønske om å få til bedre rutiner for å sikre at fagmøter avholdes
- Fortsatt jobbe for en bedre individuell tilpasning av pleien og sikre økt pasientmedvirkning

På seminaret diskuterte sykepleierne ulike sider ved dagens dokumentasjonspraksis, erfaringer fra sommerukene og hvilke utfordringer de så de fortsatt stod foran. I diskusjonen kom det frem mange positive erfaringer og konkrete tiltak. Dette ble satt opp som en tiltaksliste pleierne kunne hente tips fra til utprøving i egen avdeling. Det var enighet om at oppmuntring, motivasjonsbygging fortsatt var viktige fokus i alle avdelinger. I tillegg ble den enkelte avdeling utfordret til å tenke kreativt og positivt og prøve ut flere av de nye momentene fra idèlista foran i gjennomføring av tiltakene. Dette mente vi ville sikre en god fremdrift i aksjonen. Her hadde både sykepleierne i prosjektgruppen, ressurspersonene og avdelingssykepleierne et ansvar. Slik vi så det, var det rom innenfor målene og tiltakene i ”Plan for aksjon” til å kunne gjøre lokale justeringer. Justeringer som både ga bedre fremdrift og ivaretok pleiernes opplevelse av positiv endring uten at planen som sådan måtte revideres.

Under ”kick-off” seminaret holdt prosjektleder også et faglig innlegg om motivasjon og kulturbygging. Motivasjon var slik vi så det, en avgjørende faktor utover høsten for å kunne lykkes. Innlegget hadde fokus på motivasjonens generelle betydning og hvilke faktorer som kunne fremme eller hemme motivasjon. Vi så det var viktig å gi pleierne en opplevelse av positiv tilbakemelding. Som ansatt i en sykehusavdeling er alle pleierne en del av kulturen på egen arbeidsplass. Prosjektleder hadde derfor et faglig fokus på kulturers betydning og betydningen av kjennskap til faktorer som påvirker egen kultur. Gjennom slik innsikt kunne pleierne bidra til å utvikle en positiv og konstruktiv kultur som kunne fremme muligheter for vellykket endring. Mot slutten av ”kick-off” seminaret diskuterte deltakerne roller og ansvar i prosjektets videre prosess utover høsten. Hvilke utfordringer kunne det å være i en endringsprosess fortsatt gi oss, og hvordan skulle vi som prosjektgruppe eller ressurspersoner møte disse utfordringene. Prosjektresultatene var i høy grad avhenge av den enkelte medarbeiders motivasjon og ønske om å nå målene ”hvordan skape en bedre dokumentasjonspraksis”.

Etter ”kick-off” seminaret kom en ny giv i forhold til det å jobbe videre med aksjonen. Prosjektgruppemedlemmene og ressurspersonene fortsatte å veilede sine kolleger og motivere for å sikre fremdrift i aksjonen. Flere av avdelingene ga tilbakemeldinger om en positiv utvikling generelt i avdelingen. På en av postene hadde fagutviklingssykepleierne engasjert seg tettere opp mot aksjonen og satt dokumentasjon av sykepleie tydeligere på sin dagsorden. En annen avdeling hadde sett verdien av å skrive ukentlige sammendragsnotater på langliggende pasienter og satt av tid til dette på arbeidsplanene. Men fortsatt erfarte ressurspersonene at endringsprosessene ofte var avhengige av ildsjeler i avdelingene. Når disse var på vakt ble det hyppigere avholdt fagmøter og tiltak i aksjonen kom mer tydelig i fokus. Sykepleierne i prosjektgruppen kom med

tilbakemeldinger om en praksis som så ut til å være i forsiktig endring i en positiv retning.

Prosjektet ble i april antatt og klarert for posterpresentasjon under Norsk Sykepleierforbunds nasjonale sykepleierkonferanse 17.-19. september 2008. Ingen av medlemmene i prosjektgruppen hadde erfaringer fra tidligere posterpresentasjon. Utarbeidelsen av posteren var arbeidsom, men utfordringene styrket samarbeidet i gruppa og ga oss en enda bedre motivasjon for å stå på. Informasjon om prosjektet ble delt ut som "handouts" under posterpresentasjonen (Vedlegg VII). Gruppens erfaringer fra presentasjonen på konferansen var svært positive. "Veilederen" og posteren fanget mange av konferansedeltakernes interesse. Vi kjente både en stolthet og et tydeligere eierforhold til prosjektet. Som to av sykepleierne i prosjektgruppen uttrykte det; *"Fikk vi erfare at det var veldig morsomt!"*.

4.3.4 I hvor stor grad har vi nådd målene i "Plan for aksjon"?

Før prosjektet ble avsluttet i desember 2008, diskuterte prosjektgruppen organiseringen av en siste oppsummerende evaluering av hvor langt arbeidet med "Plan for aksjon" var kommet i egen avdeling. Gruppen ble enig om at denne evalueringen burde gjennomføres på den måten avdelingen selv fant mest hensiktsmessig i forhold til sin egen endringsprosess.

Prosjektgruppesykepleierne skulle involvere avdelingssykepleierne og ressurspersonene for å organisere evalueringen. Deretter skulle de levere tilbake en kort rapport til prosjektleder innen utgangen av januar 2009. Prosjektleder har mottatt rapport fra fem av de sju avdelingene. Avdelingene valgte ulike måter å organisere evalueringsarbeidet på, fra felles evaluering på avdelingsmøte til grundigere gjennomgang kun blant en gruppe pleiere i avdelingen.

Prosjektgruppesykepleierne sikret seg "godkjenning" av rapportene fra en eller flere av sine kolleger. Rapportene inneholdt flere interessante data som

oppsummerte avdelingenes vurdering av hvor langt de mente de hadde kommet i endringsprosessene initiert av "Plan for aksjon".

Ett av de mer vellykkede endringer i praksis var innføring av fagmøter. De fleste avdelinger hadde prøvd ut dette og opplevde dette som svært nyttige møter: *"Vi ser at de gangene fagmøtene blir avholdt er de veldig nyttige. Utfordringen hos oss er å sette av tid til å få de gjennomført" – "Det fungerer bra å avholde fagmøter selv om gruppeleder ikke kan være tilstede, nok hvis to kan. Ser absolutt nytteverdien av fagmøtene." – "Fagmøtene fører til bedre planlegging og samarbeid om G3, men kan bli enda bedre."* I etterkant blir det viktig for avdelingene å beholde denne positive innstillingen til å rydde rom for sykepleiefaglige diskusjoner i avdelingene fremover. Fagmøtet er en viktig arena for faglig påfyll for både nyansatte, studenter og de mer erfarne sykepleierne. Slik vi ser det bidrar fagmøtene med sine fokuserte diskusjoner til en kvalitetssikring av pleien til pasienten, og sikrer muligheter for å opprettholde en bedre kontinuitet i oppfølgingen av pasientens behov for sykepleie.

"Plan for aksjon" har også hatt fokus på å styrke pleiernes forståelse for og bruk av dokumentasjonsredskapene. Dette omtales blant annet slik i evalueringene; *"Vi dokumenterer mye bedre nå enn i oppstarten av prosjektet, og det er flere som ser det som et nyttig arbeidsredskap. Det blir bedre kontinuitet, vi klarer å planlegge dagen bedre, flere leser før de går inn til pasienten.....Det er flere som bruker EPJ som oppslagsverktøy på hele vakta." – "Det er fortsatt en del som kvier seg for å gå inn å endre og ajourføre et problem." — "Flere sitter sammen nå og samarbeider om utfylling av G3." – "Er blitt mer bevisste på hvordan vi formulerer problemene." - "Det er flere som tørr å omdefinere problemet og likedan seponere når tiltakene ikke er aktuelle lenger." – "Det går stort sett greit å finne opplysningene på riktig sted i boksene." – "VIPS-malen blir brukt mye og den er til stor hjelp når problemet skal beskrives." – "Ser at vi*

har mye igjen før vi kan si oss fornøyd med hvordan vi bruker informasjonsboksen.” Disse data viste god fremgang og at det for enkelte tok noe tid å endre egne arbeidsrutiner. Avdelingene så selv behovene for å holde motivasjon for endring ved like. En av avdelingene uttrykte det slik; ”Videre fokus: Arbeide bevisst for å trygge alle i bruken. Se til at nyansatte får opplæring, innføring og veiledning blant annet ved hjelp av revidert veileder. Se til at alle ser hensikten med dokumentasjonen og er lojale mot bestemmelser.”

Ut fra evalueringene ble det vanskelig å si noe konkret hvor mye avdelingene har nærmet seg målene i ”Plan for aksjon”, og det var kanskje heller ikke poenget i en slik evaluering. Det viktigste var at pleierne fikk stoppe opp og reflektere over egen praksis på godt og vondt. I en slik sammenheng kan ”Plan for aksjon” være et godt hjelpeverktøy. Slik jeg summerer opp evalueringene av ”Plan for aksjon” etter endt prosjekt mener jeg vi kan tolke dem som tegn på at alle avdelinger faktisk kjenner på positive forbedringer i egen dokumentasjonspraksis, de har alle kommet inn i en positiv utviklingsspiral! Noen av avdelingene oppsummerte egen utvikling slik; ”*Et matnyttig prosjekt, vi har fått mer fokus på dokumentasjon og dokumenterer mer sykepleie. Vi har fått ros og ønsker oss ikke tilbake til det gamle systemet.*” - ”*Vi er på rett vei, det er veldig mye som har blitt bedre, og sammen blir vi gode!*”

4.4 Analyse og presentasjon av funn fra repeterende evaluering ved prosjektslutt

Etter råd fra prosjektets metodeveileder Ove Hellzen, ble de samme metoder for datainnsamling anvendt ved baseline november 2007, anbefalt gjentatt under den repeterende evalueringen i november 2008. Gjennom en slik repeterende datainnsamling ville vi bedre ha muligheter for å kunne se eventuelle endringer i feltet. I tillegg til data fra refleksjonsskjema og intervju hadde vi ved

prosjektslutt også et rikholdig datamateriale fra møtetreferater i prosjektgruppen, evalueringer av fremdrift i aksjonen på avdelingsmøter i mai/juni 2008 samt desember 2008/januar 2009. Prosjektleder hadde ført logg i hele prosjektperioden og sykepleierne i prosjektgruppen hadde levert refleksjonsnotater i forhold til egen intervjuerrolle og erfaringer som medforskere i prosjektet.

4.4.1 Analyse av datamateriale fra repeterende evaluering

Mot slutten av prosjektet fungerte samspillet mellom deltakerne i prosjektgruppen svært godt. Prosjektgruppesykepleierne hadde arbeidet seg godt inn i de datainnsamlingsmetoder prosjektet benyttet og bidro konstruktivt i de faglige diskusjoner vi hadde underveis i prosjektet. De hadde vokst seg bedre inn i rollen som medforskere. Som en av prosjektgruppesykepleierne uttrykker det; *"Vet mer om hva som kreves for å gjennomføre et prosjekt, grundighet og motivering."* Prosjektgruppesykepleierne fikk spille en mer aktiv rolle i analyseprosessen mot slutten. Dette var en utfordring, da tidsrammen for datainnsamling, analyse og foreløpig innrapportering var knapp. I tillegg hadde ingen av prosjektgruppesykepleierne tidligere erfaringer med systematiske analyser. Allikevel valgte prosjektleder å vektlegge det viktige bidrag prosjektgruppesykepleierne kunne bringe inn i analysen av datamaterialet. Under utformingen av prosjektrapporten, etter avsluttet prosjekt, gikk prosjektleder på nytt inn i datamaterialet for å kvalitetssikre analysene.

Tabell 7: Oversikt analyseprosess repeterende evaluering november 2008.

Aktivitet	Ansvarlig/kommentar
- Trinn I-II	<ul style="list-style-type: none"> - Transkripsjon intervju; innleid ressurs - PL renskriver refleksjonsskjem (fulltekst) - PL-Spl materiale fra egen avdeling, PL materiale fra alle avdelinger
- Trinn III-IV	<ul style="list-style-type: none"> - PG i fellesskap (2 hele fagdager) - PG-Spl forberedt fremlegg fra egen avdeling, PL forberedt fremlegg fra det totale materiale

(PL = Prosjektleder, PG = både prosjektleder og prosjektgruppesykepleierne, PG Spl = prosjektgruppesykepleier)

Analysetrinn I-II: Å få et helhetsinntrykk - Å identifisere meningsbærende enheter

Ingen av prosjektgruppesykepleierne viste i sitt skriftlige refleksjonsnotat til hvordan de konkret hadde gjennomført sin analyse, men en av pleierne uttrykte seg slik; *"Det ble knapt med tid. Det er mye materiale som skal leses og analyseres."* Prosjektgruppesykepleierne fikk klar bestilling på å møte godt forberedt til første fagdag og fremlegg av foreløpig analyse. Dette hadde tre av sykepleierne tatt på alvor og hadde skrevet et eget notat fra analysen. To hadde sortert funnene i analysen opp mot målene for prosjektet, en hadde sortert dem etter spørsmålene i refleksjonsskjema og intervjuguide.

Prosjektleder leste hele materialet både avdelingsvis og på tvers ut fra spørsmålene i redskapene. Jeg gjorde anmerkninger for interessante utsagn, satte pluss- og minustegn i marginen for å markere fremgang eller fortsatt utfordring. Nyanser i materialet skilte seg ut. Hva som ble oppfattet som interessante utsagn ble styrt både av prosjektmålene og målene i "Plan for aksjon". Interessante

utsagn ble samlet i kategorier og deretter knyttet opp mot de nyansene jeg så i materialet innledningsvis. Eksempler på slike kodegrupper var: Endring i motivasjon? Ser pleierne nytten av dokumentasjon som arbeidsredskap? Hvordan bidrar dokumentasjonspraksis til kvalitet og kontinuitet i pleien? Trygghet på hva som er relevante og nødvendige data.

Analysetrinn III-IV: Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene - Å sammenfatte betydningen av dette

Det var satt av to hele dager i prosjektgruppa til denne delen av analyseprosessen. I etterkant ser jeg at dette analysetrinnet også i den repeterende evalueringen har hatt sine svakheter. Abstraheringene ble sannsynligvis ikke gjennomført systematisk nok. Prosjektgruppesykepleierne la frem sine tolkninger av eget materiale, en for en, før prosjektleder la frem en tolkning av det totale datamaterialet. Fremleggene viste til stor grad av sammenfall i de essenser vi hadde trukket ut av datamaterialet, dette ser jeg på som en kvalitetssikring av analysene. Essensen i funnene fra den repeterende evalueringen ble summert opp, diskutert og sammenlignet med essensen i funnene fra datainnsamlingen ved baseline. Prosjektleder utarbeidet på bakgrunn av sammenfatningene av foreløpige funn en midlertidig rapport til prosjekteier. Utkast til rapport ble sendt sykepleierne i prosjektgruppen til høring før den så ble overlevert prosjekteierne innen prosjektslutt.

4.4.2 Presentasjon av funn fra repeterende evaluering

Jeg så av svarskjemaene for 2008 at flere av spørsmålene var besvart med mer omfattende tekst enn i 2007. Mange av pleierne var mer ordrike og detaljerte i sine beskrivelser i 2008. Om dette kan tolkes som et tegn på større innsikt i sykepleiedokumentasjon som tema eller større engasjement i forhold til avdelingens dokumentasjonspraksis kan jeg ut fra datamaterialet ikke si noe om. Det jeg kan trekke ut av materialet er tegn på flere positive endringer fra 2007 til

2008, samtidig som pleiernes kommentarer viste at både enkeltpleiere og avdelingene fortsatt har utfordringer å jobbe videre med.

1. Sykepleiefaglig identitet og fokus

Det kunne se ut som pleierne hadde styrket sin sykepleiefaglige identitet mot slutten av prosjektet. Færre pleiere tok i den repeterende evalueringen utgangspunkt i pasientens medisinske diagnose eller behandling når de skulle beskrive eksempler på problemer de opprettet i pleieplanen eller avklare hva de nå anså som viktige data å nedtegne i pasientjournalen. De aller fleste henviste til undersøkeordene i VIPS-modellen som benevnelse på problemet for så å gjøre en faglig vurdering knyttet opp mot pasienten i tilknytning til dette. Ut fra de beskrivelser pleierne hadde gitt i datamaterialet kunne det se ut som gjennomgangen av VIPS-modellen på temadagene for pleiergruppen, og aktiv bruk av VIPS-modellen i ”Plan for aksjon” hadde bidratt til å styrke det sykepleiefaglige fokus på innholdet i dokumentasjonen. Svært mange av pleierne henviste i den repeterende evalueringen til en aktiv bruk av VIPS-modellen som god faglig støtte: *”Nyttig at alle følger felles regler – VIPS-mal”* – *”Bruker VIPS-malen som utgangspunkt for mine observasjoner.”*

VIPS-modellen ga dem støtte både i forhold til å avklare et mer sykepleierrettet fokus på innholdet i dokumentasjonen, og som hjelp til å strukturere innholdet. Mange pleiere henviste til god nytte av undersøkeordene og støtteteksten som utdypet søkeordet, spesielt tiltaksmalen ble av mange trukket fram som en nyttig mal: *”Tiltaksmalen benyttes mer og mer, men ikke alltid.”* - *”Innkomstnotatene de er veldig OK nå, vi kunne kanskje vært flinkere til å bruke den litt mer.”* Noen av pleierne viste i sine svarskjema at de gjennom bruk av VIPS-malen også var mer fokuserte på pasientens rett til medvirkning. I ”Plan for aksjon” fokus 2, var det tydeliggjort at alle pasienter skulle få aktivisert søkeordet ”medvirkning” i sin pleieplan. Dette så ut til å ha bevisstgjort flere av pleierne:

”Tenker oftere at jeg må trekke inn pasienten, men det er vanskelig noen ganger” – ”pasientens ressurser, vi skal jo samarbeide med pasienten.” – ”Finner ikke alltid noen gode tiltak pasienten kan medvirke i.”

Noe uventet fant jeg derimot at svært mange pleiere også ved prosjektslutt kom med beskrivelser som viste til stort sprik pleierne i mellom i forhold til hva de anså som relevante og nødvendige data å nedtegne i pasientjournalen; *”Det største hinderet er at dokumentasjonen er ufullstendig og mangelfull.” – ”Vi har ulike fokus for hva som er viktig å skrive om. Dobbeltføringer, mye står allerede fra før.” – ”Lite oversiktlig. Mange skriver full rapport under enkelttiltak.” – ”Unødvendig å beskrive det som allerede er nedtegnet i kurve eller på andre skjema.” – ”Synes alle opplysningene om pasientens ressurser, medvirkning, forbedring/forverring er vanskelig å mene noe om, skrive noe om.”- ”Mange ikke-relevante evalueringer.”* Dette spriket i oppfattelsen av hva som er relevant å skrive om eller ikke, kan både ha sin bakgrunn i grad av faglig trygghet eller kjennskap til dokumentasjonens hensikter, men det kan også handle om usikkerhet i bruken av redskapet. Det kan se ut som pleierne fortsatt trenger tid og rom til å diskutere seg i mellom hva som kan forstås som relevante og nødvendige data. Fagmøtene som enkelte av avdelingene har greid å innføre er en glimrende arena for felles vurdering av vanskelige pasientsituasjoner og utveksling av sykepleiefaglig kunnskap og erfaring. Pleierne trenger å utvikle god kompetanse på det å sortere ut hva som er viktige data slik at dokumentasjonens innhold og fokus kan hjelpe pleierne til å gi pasienten en best mulig individuelt tilpasset pleie.

2. Kunnskaper om dokumentasjonens juridiske og faglige intensjoner

I datamaterialet fra kartleggingen ved baseline viste svært mange pleiere til en mangelfull innsikt i de lovkrav som regulerer helsearbeidernes dokumentasjonsplikt. Materialet viste heller ikke til noen stor innsikt i

dokumentasjonens faglige intensjoner. Data fra den repeterende evalueringen viste derimot til en positiv utvikling i forhold til dette. Få pleiere valgte å la spørsmålet stå ubesvart i den repeterende evalueringen. Flere viste nå til konkret innsikt i lovkravene og henviste ikke bare til at det finnes en lov; *”Pasienten har rett til informasjon, samtykke og medvirkning.”* – *”Dokumentasjon skal sikre at pasientbehandlingen skjer på et tilstrekkelig faglig fundert grunnlag. Journalen er også et juridisk dokument, som kan gjøre det mulig å etterprøve helsehjelpen som er gitt.”* – *”Kvalitetssikring, informasjon, faglig forsvarlighet, god kontinuitet i sykepleien. Dokumentasjonsplikt.”* – *”Kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Viktig for evalueringa av sykepleietiltak. Arbeidsredskap for å sikre at pasienten får forsvarlig helsehjelp.”* – *”Øke sikkerheten for pasienten. Heve kvaliteten på pleien. For å kunne vurdere virkningen av de tiltak som er igangsatt.”* Slike beskrivelser kan være et bilde på en økende faglig bevissthet i pleiergruppen. Som en av prosjektgruppesykepleierne sa det under analyseprosessen; *”Det ser ut som pleiernes innsikt i lovkravene nå styrer hele motivasjonen for å dokumentere, jeg opplever ikke at dette er tonen i avdelinga sånn til daglig, vi skal ikke la oss diktere av jussen.”*

Selv om pleierne gjennom sine beskrivelser viste til rimelig god innsikt i de krav og hensikter som regulerer dokumentasjon av helsehjelp, kunne det se ut som om det fortsatt var et stykke frem til at det faktiske innholdet i journalnotatene bar preg av denne innsikten. Jeg har ingen muligheter for å overprøve pleiernes utsagn gjennom tilgjengelig datamateriale i denne studien. Da måtte jeg eventuelt i tillegg ha hatt tilgang på pasientjournalene og vurdert kvaliteten på innholdet. På ett av møtene i styringsgruppen mot slutten av prosjektet påpekte derimot en av sykepleielederne at innholdet i sykepleiedokumentasjonen ved flere anledninger fortsatt hadde store faglige svakheter. Hun tydeliggjorde at lederne så dette spesielt ved avvikshåndtering og klagesaker.

3. Erfaringer i bruken av dokumentasjon som arbeidsredskap

I fokus 3 foran viste jeg til funn som tydet på at aktiv bruk av VIPS-modellen hadde bidratt til å sikre et mer tydelig sykepleiefokus på innholdet i dokumentasjonen mot slutten av prosjektet. Ut fra tolkning av datamaterialet i den repeterende evalueringen kom det også fram at pleierne var blitt mer samkjørte i bruken av redskapene. Også dette mener jeg kan tilskrives en mer aktiv bruk av VIPS-modellen. Når pleierne beskrev eksempler på problemer de opprettet i en pleieplan, henviste svært mange til bruk av søkeordene i VIPS-malen, det var få eksempler som tok utgangspunkt i pasientens medisinske diagnose eller behandling. Det kan se ut som om ”Veilederen” og fokus 2 i ”Plan for aksjon” har vært til nytte i en felles samkjøring av pleiernes bruk av dokumentasjonsverktøyet.

I følge datamaterialet så flere av pleierne nytten av en felles avklart og aktiv bruk av dokumentasjonsredskapene mot slutten av prosjektet. Noen av de beskrivelser som fanget opp dette var utsagn som omhandlet pleiernes opplevelser av om pleieplaner var et nyttig arbeidsredskap eller ikke: ”*Jeg forsøker å bruke journalen så aktivt jeg kan. Har som mål at G3 på de pasientene jeg har ansvar for er ajourførte slik at de gir et riktig bilde av pasienten slik han er nå. Relevante og ajourførte G3’er bedrer pleien og kontinuiteten.*” – ”*Gir meg bedre oversikt og kontroll slik at jeg får yte best mulig pleie til pasienten.*” – ”*Vet hva som er planlagt, blir bedre kjent med pasienten*” – ”*Svært viktig! For å planlegge dagen sammen med pasienten, for å sikre pasienten god og forsvarlig pleie.*” – ”*Viktig arbeidsredskap. Enkelt (etter hvert....)Stor fordel med alle dokumenter tilknyttet pasienten på ett sted.*”

Men som materialet også viste var det fortsatt pleieplaner som dessverre ikke var godt nok ajourført, og pleiere som ennå ikke helt så nytten av å bruke dokumentasjonen som et hjelperedskap når de skulle planlegge pleien til

pasienten: *"Er fortsatt for dårlig til å bruke dette. Men de gangene den blir brukt, føler jeg at jeg får tatt i mot pasienten på en mer nøyaktig og grundig måte.. Dårlig tid gjør at man ofte ikke får tid til gå inngående på pleieplan:"* - *"Synes fortsatt det er alt for dårlige dokumentasjoner av sykepleie i G3, hvis jeg har vært borte noen dager leser jeg heller legejournalen, koordinering (den er som regel bra) og innkomstnotatet."* Utfordringene videre fremover blir å holde oppe og vedlikeholde den positive motivasjonen hos de av pleierne som nå hadde sett nytten av godt ajourførte pleieplaner. De pleierne som aktivt tok ansvar for å bidra til at flest mulig pasienter fikk opprettet tilpassede pleieplaner som la sin innsats i å holde planene a jour. Gjennom slike gode eksempler vil sannsynligvis flere pleiere følge etter.

4. Forventninger til dokumentasjonspraksis

I datamaterialet ved prosjektstart viste mange pleiere frustrasjon i forhold til knappe rammefaktorer som innvirket på mulighetene for å opprettholde en god dokumentasjonspraksis. Eksempler på slike rammefaktorer var mangel på PC-tilgang, støy i skrive eller lesesituasjoner eller stadige avbrudd når de satt og skrev. Slik frustrasjon kom ikke frem i utsagnene ved prosjektslutt. Derimot hadde enkelte avdelinger fortsatt for mange pleiere som henviste til travelhet som en hemmende faktor i dokumentasjonsprosessen. Overvekt av slike ytringer kom fra pleiere i de avdelinger hvor utfordringene i forhold til å sikre faglig forsvarlig sykepleiedokumentasjon så ut til å være størst. Ved de avdelinger hvor pleierne jevnt over viste en mer positiv opplevelse av egen dokumentasjonspraksis, henviste derimot knapt nok noen av pleierne til travelhet som en hemmende faktor i sine refleksjoner; *"TID. Men det har gått bedre enn forventet. Likevel er det denne faktoren som begrenser dokumentasjonen."* – *"Tar for lang tid å logge seg på datamaskinen. Utrolig tregt og krevende"* – *"At det bli for travelt, liten tid."* – *"Må nok igjen si at travelhet visse dager gjør at dokumentasjonen nedprioriteres."* – *"Kan ikke se*

at det er noen hindringer for å dokumentere. Har erfart at vi selv på travle dager greier å dokumentere. Det er kanskje enda viktigere da når det er mye å gjøre.”

Gjennom det supplerende spørsmål åtte i intervjuguiden i 2008, ble pleierne spurt direkte om de opplevde at egen dokumentasjonspraksis hadde endret seg. Dette ga mange nyttige utsagn å reflektere over, selv om disse ikke kunne generaliseres til å være et bilde på praksis i avdelingen generelt sett. Noen av pleierne sa i intervjuene at de syntes de selv hadde fått et mer bevisst forhold til egen dokumentasjonspraksis det siste året. Som noen av informantene uttrykte det; *”Jeg har blitt mer bevisst på det jeg gjør og skriver selv, og er mer bevisst på hva andre gjør. Ser mer og mer viktigheten av at ting er ajourført og at ting er oppdatert.”* - *”Jeg føler det har endret seg og at en har blitt mer bevisst på at det skal være en pleieplan som faktisk er oppdatert i forhold til hvordan pasienten er til enhver tid..... Vi er faktisk blitt mer bevisst på faktisk at det skal være tilpasset pasienten.”* En annen pleier opplevde at hele dokumentasjonspraksisen på en måte hadde endret seg, men holdt allikevel på de samme argumenter som året før: *”Er litt oftere inn og ser. Det er jo et helt nytt system vi fører nå da på en måte. Må tenke over mer helheten for pasienten. Men synes fortsatt dokumentasjonen tar litt for mye tid, det kunne vært litt enklere. Sånn det er i dag er det for komplisert, må bruke for mye tid. Det kan enkelte ganger hindre deg i å gå inn. Når du har travle perioder så blir det ikke prioritert. Det er synd.”*

Ved en tverrsnittsanalyse av intervjuene fra den repeterende evalueringen kom det fram mange små bemerkninger som i sum kunne vise til en endring i avdelingenes dokumentasjonspraksis generelt slik informantene så det: *”Vi bruker G3 mer nå egentlig”* – *”Ajourføringen er blitt bedre”* — *”Blir mer kontinuitet nå”* – *”Vi skriver ikke på samme tid alle nå, det er ikke det trykket*

mellom kl 14.00-14.15 med å skrive rapport.” Men det står fortsatt noen utfordringer igjen, utfordringer som egentlig er tett knyttet opp til pleiernes holdninger og motivasjon for endring og ikke minst lojalitet til bestemmelser: ”Det er nå kanskje ikke alt som er nødvendig å ha med, det går litt på vanen med å skrive, at vi føler vi må ha det med selv om det ikke er noe nytt....hvis vi ikke vet hvor vi skal plassere det, for å gjøre det litt lett vint skriver vi vanlig rapport under problemstillingen, blir jo ikke riktig men vil jo ha det med allikevel. Er det riktig travelt hender det jeg skriver en G2 i full fart, slipper å sitte å åpne og tenke.”

Beskrivelsene over viser til ulike strategier å møte utfordringer i praksishverdagen på. Mye av dette kan se ut til å handle om motivasjon og holdninger hos enkeltpleiere, eller pleiernes kunnskaper/eventuelt mangel på kunnskaper om dokumentasjonens hensikter. Hvis man kobler disse funnene opp mot pasientens rett til å motta en faglig forsvarlig pleie tilpasset individuelle opplevelser og behov, kan det bli vanskelig å kvalitetssikre pleien slik jeg ser det, uten å gå veien innom en hensiktsmessig dokumentasjon som et godt hjelpeverktøy

4.4.3 Foreløpig oppsummering av funn

I november 2008 fremla styringsgruppen et ønske om en foreløpig rapport over funnene før prosjektslutt. Prosjektleder var tydelig på at dette ikke ga rom for grundige nok analyser og kun måtte betraktes som foreløpige funn. Prosjektleder utformet en foreløpig rapport, ”godkjent” av prosjektgruppesykepleierne og oversendt styringsgruppen før prosjektslutt. Denne foreløpige rapporten bygde ikke på de strukturer den videre analysen av materialet har lagt til grunn for denne rapporten.

Følgende forbedringer ble trukket frem:

- Økte kunnskaper om dokumentasjonens juridiske krav og faglige hensikter
- Større fokus på hva som kan forstås som relevante og nødvendige data
- Økt bruk av pleieplaner som et aktivt redskap
- Bedre forståelse for sammenhengen mellom faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie og innvirkning på kvalitet og kontinuitet i pleien
- Større grad av individuelt tilrettelagt pleie
- Revidert Veileder, et nyttig hjelpeverktøy
- Fortsatt flere hindringer som innvirker på muligheter for en hensiktsmessig dokumentasjonspraksis
- Flere pleiere viser til positive holdninger og motivasjon til å sikre et godt faglig innhold i dokumentasjonen, benytte redskapene slik det er avklart i Veilederen og ser nytten av dokumentasjonen som et hensiktsmessig arbeidsredskap. Derimot finnes det fortsatt noen pleiere som viser til motstand mot endring, ikke har god nok innsikt i dokumentasjonens hensikter eller er lojale mot felles bestemmelser.

Oppsummering funn i den foreløpige rapporten ble kommentert slik av prosjektleder:

De fleste av fokusene foran er i fremgang, men det er fortsatt utfordringer å jobbe videre med. Det ser ut til å være svært ujevnt hvor langt den enkelte pleier har utviklet seg i sin egen forståelse av dokumentasjonens muligheter og hensikter, noe som gir store variasjoner i kunnskaper, ferdigheter og holdninger innad i den enkelte avdeling. Dette skaper både ulik praksis og stor generell frustrasjon der ulikhetene er størst. Vi ser derimot at flere nå i 2008 enn i fjor ser betydningen av god journalføring. Flere viser til en positiv motivasjon til fortsatt å utvikle avdelingens dokumentasjon.

(Fiskum, 2008:6)

I tillegg ble videre utfordringer skissert gjennom følgende fokus;

- Behov for tid og rom til felles faglige refleksjoner
- Behov for veiledning på egen dokumentasjon i praksishverdagen
- Viktig å sikre lojalitet til beslutninger om bruk av dokumentasjonsredskapene
- Videreføring av endringsprosessene fordrer en plassering av ansvar, både på individnivå, avdelingsnivå og institusjonsnivå

Intensjonen med den foreløpige rapporten var at prosjektgruppa ville tydeliggjøre at prosjektet hadde vært gjennomført med aksjonsforskning som metode, en metode som vektlegger intervensjoner som kan bidra til at feltet kommer inn i en positiv utviklingsspiral. Dette mente prosjektgruppen vi hadde oppnådd ved de avdelinger som inngår i prosjektet. Også ved de avdelinger der det fortsatt var få ildsjeler knyttet til utvikling av dokumentasjonspraksis, var det en interesse for endring som var sterk nok til at en positiv prosess kunne opprettholdes. Denne positive energien blir det viktig å utnytte i en videreføring av den aksjonen dette prosjektet hadde startet på. Prosjektgruppen ville tydeliggjøre at ved prosjektet slutt trådte prosjektgruppen ut av sin rolle som ansvarlige pådrivere i aksjonen. Prosjektgruppen overleverte den foreløpige rapporten til prosjektets styringsgruppe og avdelingslederne ved de aktuelle poster som inngikk i prosjektet. Disse ble oppfordret til å videreformidle resultatene og utfordringene til de ansvarspersoner de finner hensiktsmessig i organisasjonen. De positive endringene og det videre potensialet rapporten viste til burde ikke bli "puttet i en skuff" når prosjektet ble avsluttet. Vi mente at en foreløpig rapport kunne bidra til å holde interessen oppe fram til en mer faglig utdypende og grundigere analyse ble fullført våren 2009.

5 ”Det går likar no....!” – en drøfting av studiens resultater

Foran har jeg vist til analyse og presentasjon av funn både fra kartleggingen ved baseline, gjennom aksjonen og ved den repeterende evalueringen ved prosjektslutt. Det samarbeidsprosjektet som denne rapporten omhandler har hatt som intensjon å legge til rette for nyttige endringsprosesser i praksisfeltet som skulle understøtte positiv forbedring av utvalgte sider ved pleiernes dokumentasjonspraksis. I dette kapittelet vil jeg drøfte hvorvidt resultatene fra aksjonen har bidratt til at vi når målene for prosjektet. Drøftingen vil ta utgangspunkt i prosjektets hovedmål:

”At sykepleiere dokumenterer relevante og nødvendige data på en måte som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient.”

Jeg velger å la viktige momenter i dette målet danne struktur for drøftingen. Ved å gripe fatt i begrepene *relevante og nødvendige data*, ønsker jeg innledningsvis å drøfte funn knyttet til endringer i pleiernes sykepleiefaglige identitet og kunnskaper om dokumentasjonens hensikter. Med utgangspunkt i *måten* sykepleierne nedtegner data på, vil jeg videre drøfte om pleiernes forståelse og bruk av dokumentasjonsredskapene har endret seg. Her vil også sider ved pleiernes motivasjon knyttet til egen dokumentasjonspraksis drøftes. Til slutt vil jeg drøfte funn fra studien som viser om dokumentasjonen når målet om å sikre *kvalitet og kontinuitet* i pleien til *den enkelte pasient*. I denne sammenheng velger jeg også å drøfte funn som belyser hvordan pleierne vektlegger et fokus på pasients individuelle opplevelser og behov i dokumentasjonen.

5.1.1 Hva legger pleierne i relevante og nødvendige data?

Slik jeg tolker det, vil pleiers forståelse av hva som skal nedtegnes som relevante og nødvendige data være nært knyttet til pleierens sykepleiefaglige identitet. En sterk og tydelig identitet gjør det enklere for en pleier å vite hva som er hans/hennes selvstendige helsehjelp i møte med pasientens behov for pleie og omsorg. I følge Moen m.fl. (2008) skal sykepleiernes journalføring være det synlige skriftlige uttrykket for den helsehjelpen sykepleiere vurderer, planlegger og utretter i samhandling med pasienten. En sterk faglig identitet bidrar til å klargjøre hvor fokuset for helsehjelpen skal være og til å synliggjøre hvilke kunnskaper sykepleiere må inneha for å kunne yte selvstendig helsehjelp.

I den innledende kartleggingen viste mange av pleierne at de vektla å dokumentere data knyttet til pasientens medisinske diagnose og behandling, de viste til et dominerende medisinsk fokus på mange av sine begrunnelser for å dokumentere. Dette velger jeg å tolke som tegn på en svak faglig identitet. Flere av pleierne henviste til en bruk av dokumentasjonen som var knyttet til medisinske diagnoser og behandling, dobbelføringer av medisinsk relatert informasjon i sykepleiedokumentasjonen og så videre. Noen kritiske pleierne refererte allerede da til en svak synliggjøring av egen fagutøvelse i dokumentasjonspraksisen. Det var sjelden de opplevde at noen dokumenterte data som omhandlet pasientenes opplevelser av å være syke, hvordan de hadde det, bekymringer og lignende, data knyttet til pasientenes psykiske behov. Nortvedt (2008) skiller tydelig ut sykepleiens faglige fokus som noe annet enn det medisinske fokus. Han mener medisin og sykepleien har forskjellige perspektiver på hva som er oppgaven i forbindelse med det å hjelpe syke mennesker. Sykepleie dreier seg om tilretteleggelse av velvære, hjelp til mestring og å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Nortvedt tydeliggjør videre at medisinsens fokus er behandling av den sykes sykdom ut fra

en kvalifisert forståelse av den enkelte sykdoms årsaker, diagnostikk og prognose. Sykepleiens fokus er i følge Nortvedt omsorg for den syke ut fra en forståelse av hans eller hennes opplevelse av det å være syk eller det å bli truet av sykdom.

Mitt funn knyttet til at mange av pleierne viser et tungt medisinsk fokus støttes av Hyde m.fl. (2005) som i sin studie finner at sykepleiere er svært biomedisinsk fokusert i sin dokumentasjon av sykepleien. De finner at dokumentasjonen manglet fokus på sykepleiens emosjonelle aspekt som følelser og erfaringer knyttet til pasientens "illnes". Sykepleierne valgte i deres materiale å nedtegne data som ga dokumentasjonen et betydelig tyngre "disease" fokus.

Sykepleiernes tidsbruk på det å være hos pasienten, lytte til dem og støtte dem var så å si ikke belyst i dokumentasjonen. Dokumentasjon av den selvstendige sykepleien hadde et stort fokus på oppgaveorientert sykepleie rettet mot fysiske sykepleiehandlinger og bar preg av en instrumentell rasjonalitet.

Å styrke pleiernes sykepleiefaglige identitet og det sykepleiefaglige innholdet i dokumentasjonen ble et tydelig mål i endringsprosessene i aksjonen. Hele fokus 2 i "Plan for aksjon" avklarte mål og tiltak knyttet til dette. Jeg ser av funnene fra den repeterende evalueringen at det har skjedd en positiv utvikling i retning av å nå målene for aksjonen. Mot slutten av prosjektet ga flere av pleierne uttrykk for en tydeligere bevisstgjøring av egen selvstendig helsehjelp, de opprettet oftere planer for pleien til pasienten og eksemplene på problemer de opprettet i pleieplanene var i stor grad knyttet til søkeordene i VIPS-malen og begrunnet ut fra et sykepleiefaglig perspektiv. Slik var nå problemene sjeldnere knyttet direkte opp til pasientens medisinske diagnose. Pleierne ga også uttrykk for at de sjeldnere dobbelførte endringer i pasientens medisinske behandling i sykepleiedokumentasjonen. De uttrykte selv at de nå la mer vekt på å tenke helhetlig sykepleie til pasienten. I følge Drange (2002) påpeker sykepleierne i

hennes studie at det å skrive pleieplaner gir en bevisstgjøring hos sykepleierne på eget faglig ståsted. Gjennom bruk av pleieplan i dokumentasjonen hevder de pleien får en bedre kvalitet, pasienten får en mer helhetlig omsorg.

Data innsamlet ved prosjektslutt viste et fortsatt stort sprik i pleiernes oppfattelse av hva som kunne forstås som relevante og nødvendige data i beskrivelse av deres sykepleiefaglige helsehjelp. Dette mener jeg har sammenheng med pleiernes faglige identitet, men også kunnskaper om dokumentasjonens intensjoner og hensikter. Pleierne bør ha kunnskaper om at dokumentasjonen skal bidra til kvalitet og kontinuitet i pleien til pasienten og være grunnlag for informasjonsutveksling, kvalitetssikring, fagutvikling, statistikk og forskning, faglig ledelse og grunnlag for tilsyn og kvalitetsbedømmelse. Gjennom slik innsikt i dokumentasjonens faglige hensikter vil pleierne på en mer faglig reflektert måte vurdere hva de skal nedtegne av data i pasientjournalen og hvorfor. Denne kunnskapen vil også hjelpe dem til å se at det er relevante og nødvendige data knyttet opp mot deres selvstendige helsehjelp de skal dokumentere og at innholdet skal ha fokus på pasienten og ivaretagelse av hans individuelle behov og rettigheter. God kunnskap om dokumentasjonens hensikter gir pleierne hjelp til å sortere innholdet og strukturere det på en slik måte at dokumentasjonen kan bli det nyttige arbeidsredskapet det er ment å skulle være. I tillegg må pleierne ha god innsikt i lovkravene som regulerer dokumentasjon av helsehjelp i pasientjournalen, både pasientenes rettigheter og helsearbeidernes påbud.

Ved analyse av datamaterialet fra 2007 så jeg at mange pleiere valgte å levere blanke eller vage besvarelser på nettopp de av spørsmålene som omhandlet kunnskaper om dokumentasjonens lovkrav og faglige hensikter. Dette bedret seg en god del jamfør datamaterialet fra 2008. Flere hadde da valgt å svare på spørsmålene og mange av svarene viste til god juridisk og noe bedre faglig

innsikt. Noe overraskende fant jeg at selv om pleierne hadde fått en bedre innsikt i dokumentasjonens faglige hensikter, så henviste de fortsatt til lovkravene som en begrunnelse for å dokumentere. Under temadagene for pleiergruppen ved sykehuset, ga noen av pleierne uttrykk for at de i det daglige ikke reflekterte over pasientens rettigheter og hvordan dokumentasjonen skulle fange opp ivaretagelse av disse. I materialet fra den repeterende evalueringen fant jeg at flere pleiere fortsatt uttrykte at det å forholde seg til ulike lovkrav, for dem i første rekke handlet om å dokumentere for å sikre egen ryggdekning hvis det skulle komme klager i etterkant. Kan dette være et bilde på at jussen styrer innholdet i dokumentasjonen i større grad enn pasientens opplevelser og behov?

Christensen (2004) hevder det sterke fokus på juridiske krav i helsetjenesten de senere år har bidratt til å endre sykepleiernes begrunnelse for handling.

Sykepleierne har tradisjonelt handlet til ”pasientens beste”, en etisk begrunnelse sprunget ut fra velgjørenhetsprinsippet og ikke-skadeprinsippet. Hun mener vi i våre dager handler til pasientens beste fordi det må til for ikke å risikere juridisk søksmål, vi handler til pasientens beste fordi det er til det beste for oss selv.

Christensen mener sykepleiedokumentasjonen slik er blitt et middel som skal sikre oss som fagutøvere, synliggjøre at vi har gjort det som er riktig. Pasientens beste er ikke målet med dokumentasjonen, men et middel som skal redde vårt skinn som yrkesutøvere. Christensen (2004) påpeker videre at jussen slik gjør noe med hvor sykepleieren har oppmerksomheten i relasjonen med pasienten og det blikket vi ser på pasienten med. Sykepleierne blir mer fokusert på å beskrive handlingene i ettertid etter hvilke konsekvenser de fikk, ikke ut fra hvilken situasjon de fant sted. Vi får en dreining over mot en konsekvensetisk vurdering, en annen betegnelse for nytteetikk. Videre stiller Christensen kritisk spørsmål ved om det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget glipper når innholdet splittes opp i gjøremål, prosedyrer og registreringer. Hun mener det bør være

sykepleiefaglige vurderinger som skal styre handlingene, ikke juridiske eller økonomiske.

Jeg har for lite grunnlag i dette datamaterialet til å trekke konklusjoner om en slik dreining i pleiernes fokus for sykepleien i vårt felt. Men som en av informantene sa det så blir det i tider med knappe ressurser viktig å reflektere over hvorfor vi skal dokumentere; *”Viktig med bevisstgjøring av hva som er viktig å dokumentere og hvorfor det er viktig.”* Også Drange (2002) er kritisk til lovkravenes innvirkning på sykepleiedokumentasjonen. Hun frykter lover og retningslinjer som styrer dokumentasjon av helsehjelp kan oppleves som en tvangstrøye for sykepleiernes praksis, uten mening eller nytte for utøvelse av sykepleie. Først når sykepleiere finner mening og nytte ved det de gjør kan de finne motivasjon til å utøve det som er viktig for tjenesten.

Selv om pleierne mot slutten av prosjektet viste til en større innsikt i dokumentasjonens faglige hensikter, beskrev de disse kun gjennom generelle henvisninger til at dokumentasjonen skulle sikre kvalitet og kontinuitet i pleien til pasienten. Noe uventet var det ingen pleiere som viste til dokumentasjonen som grunnlag for kvalitetssikring og faglig utvikling av egen praksis. Når sykepleiere dokumenter faglige vurderinger og begrunnelser for valg og evaluerer effekten av gjennomførte tiltak i pleien til enkeltpasienter, kommer klinisk erfaringskunnskap til syne. I følge Heggdal (2006) er det viktig at utvikling av sykepleiefaget tar utgangspunkt i den praktiske utøvelsen av faget. Hun viser til at dokumentasjon av sykepleie vil kunne brukes som viktig datakilde i forskningsarbeid for å utvikle relevant kunnskap om sykepleiefaget. Dokumentasjon kan slik også være en god kilde for undervisning og sykepleiefaglig refleksjon.

En av de best mottatte endringer i vårt prosjekt var innføringen av fagmøter i avdelingene. Dette var planlagte møter pleierne ryddet tid og rom for på formiddagsvaktene. Fagmøtene skulle være en arena for gjennomgang av pasientens faglige utfordringer og en hjelp for pleierne til å sortere hva det kunne være relevant og nødvendig følge opp videre i pasientens pleieplan. Selv om pleierne tydeliggjorde i sine tilbakemeldinger at møtene kun ble sporadisk gjennomført, viste de til en svært positiv nytte av de møtene de hadde avholdt. De ga uttrykk for at diskusjonene på fagmøtene ga dem hjelp til å avklare vanskelige faglige spørsmål og var en god og konkret støtte i planleggingen av pleien til pasienten. Flere av pleierne ga positive tilbakemeldinger på at disse møtene hadde bidratt til en mer pasientfokusert og helhetlig pleie til pasienten. Solvang (2005) viser til et prosjekt der pleiergruppen hadde satt av skjermet tid til et fagmøte. Også her benyttet pleierne møtene til muntlig erfaringsutveksling. Et møte hvor de kunne ta med seg utfordrende pasientsituasjoner og en arena for veiledning i forhold til dokumentasjonen. Innholdet i fagmøtene var forberedt gjennom at relevant litteratur på temaene ble innhentet i forkant (Solvang, 2005). Noe å strekke seg etter også for avdelingene i vårt prosjekt?

Slik jeg ser det greide pleierne i feltet kun å bli delvis trygge på hva de skulle forstå som relevante og nødvendige data å nedtegne i pasientjournalen. Flere av pleierne rapporterte selv en god fremgang, men fortsatt har for mange pleiere for svak trygghet i dette. Dette bør avdelingene legge vekt på som faglig utviklingsfokus også videre fremover. Hva som skal forstås som relevante og nødvendige data å nedtegne i en pasientjournal er ingen konstant størrelse. En slik vurdering må kontinuerlig sees i en sammenheng mellom pasientens situasjon, helsehjelpen som skal ytes og helsearbeiderens kvalifikasjoner. Skal pleierne utvikle sin kompetanse på å skille ut hva de skal skrive om og hvorfor, må de styrke sin faglige identitet, bli tydelige på hva som er deres selvstendige bidrag inn i helsehjelpen til pasienten. De må sikre seg en oppdatert kunnskap

om dokumentasjonens hensikter og kjenne til gjeldende lovkrav som regulerer dokumentasjon av pasientdata i en pasientjournal. Pleiere med en trygg faglig basis ser lettere den nytteverdi dokumentasjon kan ha som arbeidsredskap i planlegging av egen arbeidsdag og anvender dokumentasjonsredskapene på en slik måte at dokumentasjonen bidrar til å kvalitetssikre pleien til pasienten.

5.1.2 På hvilken måte nedtegner pleierne relevante og nødvendige data?

Ved baseline viste alt for mange av tilbakemeldingene fra pleierne til en svært utstrukturert og noe tilfeldig bruk av dokumentasjonsredskapene. Mange pleiere ga tilbakemeldinger om en lite oversiktlig dokumentasjon, de opplevde det var vanskelig å finne frem i redskapet og at informasjonen bar preg av å være tilfeldig og lite oppdatert. Dette gjorde at dokumentasjonen ikke ble den kilden til informasjon den var tenkt å skulle være, den fungerte dårlig som et nyttig arbeidsverktøy for pleierne.

I materialet kom det til syne et sprik mellom pleiernes ulike oppfattelser av dokumentasjonens nytteverdi, både mellom pleiere internt innenfor en og samme avdeling, men også at det var visse kulturelle forskjeller avdelingene i mellom. I alle avdelinger var det pleiere som allerede ved prosjektstart hadde sett hensikten med en god struktur på dokumentasjonen og viste til oppriktige ønsker om å utvikle redskapet videre. Slik jeg tolket datamaterialet var dette godt motiverte pleiere det ble viktig å spille på i endringsprosessene fremover. Ved enkelte avdelinger viste derimot alt for mange av pleierne til en mangelfull innsikt i dokumentasjonens hensikter og var svært medisinskfaglig orienterte i sine beskrivelser av hva de mente var viktige fokus å nedtegne i journalen. Selv om alle avdelinger ved sykehuset hadde innført VIPS-modellen og pleieplaner som ramme for strukturen, var det mange av pleierne som tydelig argumenterte for fortsatt å få skrive fortløpende rapporter som før.

Ut fra det datamaterialet jeg har tilgjengelig har jeg ingen muligheter for å gå nærmere inn å se om kulturforskjeller avdelinger i mellom kan nyttes opp til pleiernes erfaringsgrunnlag eller profesjonstilhørighet. Det jeg kan se er at svært mange pleiere ved de avdelinger som deltok i pilotstudien fra 2006-2007 viste til et tydeligere sykepleiefaglig fokus og en mer pasientorientert holdning i forhold til egen dokumentasjonspraksis. Pleiere fra disse avdelingene viste til en mer utbredt bruk av pleieplaner og et sterkere fokus på individuelt tilpasset pleie, her var forløpende rapporter kun unntak.

Utfordringene i aksjonen ble å skape motivasjon for endring, og å hjelpe pleierne til å se den nytteverdi faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie kunne ha som redskap for planlegging av eget arbeid. Det ble også utfordrende å legge en plan for endringene som bygde opp under pleiernes forventninger om at egen innsats kunne bidra til forbedring. En bedre innsikt i VIPS-modellen og revidering av "Veilederen" ble viktige grep i den sammenheng.

Ved prosjektslutt uttrykte svært mange av pleierne at søkeordene i VIPS-modellen hadde gitt dem god hjelp til å strukturere dokumentasjonen. Gjennom mål og tiltak i fokus 3 i "Plan for aksjon" og revidert "Veileder" fikk pleierne konkrete avklaringer og beskrivelser av hvordan dokumentasjonsredskapet skulle benyttes. Slik jeg tolker pleiernes tilbakemeldinger ved den repeterende evalueringen var dette nyttige tiltak i aksjonen. Flere av pleierne viste gjennom konkrete beskrivelser i materialet ved prosjektslutt hvordan felles avklaring i bruken av blant annet tiltaksmalen ga dem en hjelp til å strukturere innholdet i dokumentasjonen. De opplevde nå at redskapet var enklere å finne frem i, det var færre dobbelføringer og mindre tilfeldige nedtegnelser av data. Moen m.fl. (2003) viser til at strukturen i VIPS-modellen gir bedre oversikt i dokumentasjonen og gjør det enklere å finne igjen informasjon eller følge utviklinga innen et dokumentert problem eller behov over tid.

Björvell m.fl.(2003) viser til en studie hvor VIPS-modellen ble introdusert som en struktur for dokumentasjonen og hvordan denne skulle motivere sykepleierne til å tenke prosessorientert tilnærming i dokumentasjon av sykepleien. De finner at sykepleierne gjennom intervensjonsstudien skifter fra et noe medisinsk teknisk dominert fokus til mer sykepleiefaglig orientert fokus. Videre finner de at sykepleiernes evne til å reflektere over egen fagutøvelse øker ved hjelp av en strukturert modell for dokumentasjon med spesifikke sykepleiefokus som struktur. De viser til ulike faktorer som kan ha negativ innvirkning på sykepleiernes dokumentasjonspraksis; som for eksempel måten pleien er organisert på, miljømessige faktorer, reaksjoner fra andre profesjoner, mangel på tid, mangel på kunnskap om hvordan dokumentere sykepleie og opplevelsen av en ufullstendig dokumentasjon. Noen av disse faktorene er sammenfallende med de faktorer vi finner har vært hemmende også for pleiere i vårt prosjekt.

Ved prosjektslutt viste datamaterialet til en jevnt over større faglig bevissthet i bruken av dokumentasjonsredskapene enn ved baseline. Flere pleiere hadde nå sett nytten av gode pleieplaner, felles avklaringer av hva som skulle beskrives hvor og hvor viktig det var at pleieplanene ble kontinuerlig ajourført. Fortsatt var det enkeltpleiere som ikke så noen nytteverdi i dokumentasjonen som arbeidsverktøy, som mente det var tidsspille å nedtegne systematiske beskrivelser av planer for pleien til pasientene. Noen av utsagnene fra disse pleierne viste til en fortsatt manglende forståelse av dokumentasjonens hensikter, de dokumenterte fordi det var et krav og ikke fordi dette var viktig hverken for pasientene eller et nyttig arbeidsredskap i pleiernes arbeidshverdag.

I løpet av prosjektet utviklet flere av avdelingene ”grunntonen” i avdelinga i en positiv retning. Flertallet av pleierne viste nå til en positiv holdning til dokumentasjonens nytteverdi og viste større lojalitet til de endringer som var

innført. De kunne referere til fortsatt mange svakheter i egen dokumentasjonspraksis, men så disse nå som utfordringer det var mulig og ønskelig å jobbe videre med. Ved prosjektslutt var gruppen med ”negativt” innstilte pleiere krympet betraktelig. Enkelte av avdelingene hadde derimot fortsatt en såpass stor andel pleiere fra denne noe negativt vinklede gruppen, at inntrykket i datamaterialet som la an ”grunntonen”, ikke hadde endret seg noe vesentlig gjennom prosjektet. Disse avdelingene hadde hatt færre ildsjeler å støtte seg på i endringsprosessene og interessen for å forbedre egen dokumentasjonspraksis hadde hele tiden vært noe svak. Pleiere i denne gruppen viste hyppigere enn andre til travelhet som årsak til mangelfull dokumentasjon, de mente redskapene fortsatt var uoversiktlige og vanskelige å anvende og de oppga et større behov for fortsatt å få skrive fortløpende rapporter. Slik jeg ser det, har den faglige ledelsen i disse avdelingene en fortsatt utfordring i å legge til rette for en forbedring i pleiernes dokumentasjonspraksis. Gjennom å styrke pleiernes faglige identitet og øke kunnskapene om dokumentasjonens hensikter, vil de bedre kunne innfri de lovkrav som knyttes til dokumentasjon av sykepleie i en pasientjournal.

En av hovedutfordringene slik jeg fortsatt ser det etter avsluttet prosjekt, er pleiernes lojalitet til beslutninger. I ”Plan for aksjon” ble det tydeliggjort hvordan dokumentasjonsredskapet skulle forstås og anvendes på tvers av alle avdelinger som inngikk i prosjektet. Planen var ut til høring og godkjent av sykepleieleidelsen. Noe uventet fant jeg at mange pleiere fortsatt ved avslutning av prosjektet ikke følte en sterk nok lojalitet til å medvirke i de avklarte endringer som inngikk i ”Plan for aksjon”. I følge Jakobsen (2005) kan motivasjon for endring knyttes opp mot muligheter for innflytelse, eierforhold til arbeidet, stolthet over egen arbeidsplass og eget engasjement. Slik jeg tolker datamaterialet kan ikke pleiernes manglende lojalitet knyttes direkte opp mot disse faktorene. Derimot vil jeg antyde at man kan knytte manglende lojalitet

opp mot materialets avdekking av ulike ”grunntoner” avdelingene i mellom. De avdelinger som har de største utfordringer knyttet til forbedring av sykepleiedokumentasjonen har også den største andelen pleiere som er illojale mot felles beslutninger.

Kan man anta at noe av mangelen på lojalitet kan tilskrives selve kulturen i avdelingene? Jakobsen (2005) beskriver trekk ved en avdelings kultur som kanskje kan bidra til å forstå sider ved pleiernes manglende lojalitet. Hun mener kultur bidrar til å bygge yrkesidentitet og tradisjoner. Problematiske sider ved en kultur er at den ofte kan bremse nødvendig fornyelse. Hun mener det er viktig å forstå hvilke mekanismer som virker i en kultur for å kunne skape positiv endring. Hun hevder videre at det er holdepunkter for å anta at kulturen er avgjørende for både kvaliteten og effektiviteten i en organisasjon. I følge Jakobsen bidrar kultur til stabilitet og forutsigbarhet for medlemmene. Slik kan medlemmene holde på sider ved kulturen som virker mot sin hensikt, dette gir store utfordringer knyttet til kvalitetsutvikling. Kunsten er å ta kulturen på alvor og forholde seg bevisst til de mekanismer som styrer den (Jakobsen, 2005:83).

På bakgrunn av materialet i denne studien kan jeg ikke konkludere med at illojalitet og i noe grad motstand mot endring kan illegges trekk i kulturen. Her kan det like så gjerne handle om trekk ved enkeltpleieres motivasjon og vilje til endring. Men ut fra datamaterialet kunne jeg se en sammenheng mellom antall pleiere i en avdeling som oppga at dokumentasjon hadde liten betydning i eget arbeid og viste til et svakere sykepleiefaglig identitet, og de utfordringer avdelingene til disse pleierne fortsatt hadde i forhold til å sikre en faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie. Disse pleierne hadde i større grad også et medisinsk dominerende fokus på det de vektla å skrive om i journalen og viste til mindre grad av lojalitet i sin bruk av redskapene. Med en svarprosent i materialet på kun ca 50 %, står vi jo i fare for at vi får et skjevt bilde av

avdelingenes egentlige ”grunntone”. Jeg kan derfor bare anta at noen avdelinger generelt sett har større utfordringer i utvikling av pleiernes dokumentasjonspraksis enn andre.

5.1.3 Sikrer dokumentasjon kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient?

Å yte faglig forsvarlig helsehjelp handler om å planlegge og gjennomføre helsehjelpen på en slik måte at man sikrer kvalitet på de tjenestene man yter. Dokumentasjon av sykepleie skal tydeliggjøre hvordan sykepleieren gjennom samarbeid med pasienten planlegger, gjennomfører og evaluerer effekten av sykepleien. Dokumentasjonen skal slik både være et middel som bidrar til kvalitetssikring og en kilde for evaluering av kvaliteten på den sykepleien pasienten mottar.

I følge Sosial- og helsedirektoratet kan kvalitet defineres gjennom egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste og i tillegg forstås gjennom de verdier og verdinormer som er knyttet til tjenesten (Shdir, 2004). Videre beskriver Sosial- og helsedirektoratet i sin Veileder IS-1162 (Shdir, 2005) seks ulike elementer som til sammen utgjør god kvalitet på en tjeneste:

- Virkningsfulle tiltak
- Trygge og sikre tjenester
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
- God ressursutnyttelse
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Videre vektlegger direktoratet at det å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, for de fleste vil være et uttrykk for god

kvalitet. Den enkelte utøvers kompetanse, evne til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig vil være av stor betydning (Shdir, 2005:19). Dette er viktige elementer pleierne bør kjenne til og ta inn over seg som mål for kvaliteten på egen yrkesutøvelse. Både innholdet i yrkesutøvelsen og måten hjelpen gjennomføres på skal bidra til at pasientene opplever kvalitet og kontinuitet i tjenesten.

For oss ble det i fokus 2 i "Plan for aksjon" et mål å sikre pasientene en bedre individuelt tilpasset pleie og en bedre mulighet til medvirkning både under planlegging og gjennomføring av pleien. Ved den repeterende evalueringen ved prosjektslutt kom det fram data som antydte at pleierne hadde fått et noe sterkere pasientperspektiv på planlegging av pleien. De refererte til en mer gjennomgående bruk av pleieplaner i dokumentasjonspraksisen, og oppga at gode pleieplaner bidro til en mer individuell tilpasset pleie. Felles innføring av undersøkeordet medvirkning i VIPS-modellens tiltaksdel uttrykte de hadde vært nyttig for å sikre en mer pasientfokusert pleie. Datamaterialet viste samtidig til at mange pleiere fortsatt mente pasientmedvirkning var en utfordring å sikre i den daglige pleien. *"Vi tenker mer pasientmedvirkning nå, men fortsatt er det nok vi sykepleierne som bestemmer problem og tiltak i pleieplanen."* I henhold til pasientrettighetslovens § 3-1 har pasienten en lovfestet rett til medvirkning (HOD, 1999b). Molven (2006) påpeker at retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom pasienten og sykepleieren. I retten foreligger ingen plikt til å medvirke, men pasienten kan selv velge i hvilken grad han vil delta. I Nasjonal helseplan forventes det tydelig at helsearbeidere skal ta inn over seg pasientens rett til medvirkning og legge til rette for dette både når de planlegger og gjennomfører helsehjelpen (HOD, 2006-2007).

Når flere av pleierne i datamaterialet uttrykte bekymring over egen manglende tilrettelegging for medvirkning, blir det samtidig viktig å unngå at de fremover

legger opp til ”ukritisk” forståelse av hva som kan ligge i retten til medvirkning. Florin m.fl. (2005) har i sin studie sett på grader av samsvar mellom pasientenes egne ønsker om deltakelse og medvirkning i pleien og sykepleiernes oppfattelse av pasientens ønsker om medvirkning. De finner at sykepleierne i mye større grad enn det pasientene selv uttrykker, ilegger pasientene et ønske om aktiv medvirkning. Hele 61 % pasientene ønsker generelt å innta en noe passiv rolle i pleien. Et misforhold i forventninger her kan føre til en pleie som ikke er i samsvar med pasientens individuelle behov. De finner videre at en større andel yngre pasienter enn eldre ønsker aktiv medvirkning og at de som lever alene ønsker mer delaktighet enn de som bor sammen med andre. Florin m.fl. finner ingen forskjeller i ønske om aktiv medvirkning mellom kjønnene.

I datamaterialet henviste noen pleierne til en bruk av standardmaler i dokumentasjon av pleien til pasientene der anvendelsen av malene ikke ble tilpasset pasientens situasjon eller behov. De viste også til en plan for pleien som var basert på pleiernes oppfattelse av hva som var pasientens problemer. Dahl m.fl (2008) finner i sin studie at det synes å eksistere et gap mellom det pasientene forteller sykepleierne og de skriftlige nedtegnelsene. De finner at sykepleierne ikke dokumenterer om psykiske reaksjoner knyttet til sykdom, noe som kan virke underlig tatt i betraktning hvor sentralt dette fokus er både i faglitteratur og i undervisning. Det ser ikke ut til at pasientens psykiske reaksjoner på sykdom og lidelse, erfaringer med helsevesenet eller betydningen av det sosiale nettverket, er av betydning for sykepleierne når de skal nedfelle relevante og nødvendige data om pasienten. Dette kom heller ikke frem som et fokus pleierne i vår studie var opptatt av. Få, om ingen, pleiere benyttet psykiske, sosiale eller åndelige behov som eksempler på problemer de gjerne retter fokus mot i en pleieplan. Kärkkäinen m.fl (2005) fant i sin studie at når pasientene selv ikke deltok aktivt i planleggingen av pleien, greide ikke sykepleierne tydelig nok å avklare sykepleieproblem som var i samsvar med

pasientenes opplevde og virkelige behov. Sykepleierne la da i stedet vekt på de problemer pleierne så pasientene muligens hadde ut fra et sykepleierperspektiv. Uten å validere sine antakelser med pasientene ble disse problemene nedfelt som aktuelle fokus i pasientens pleieplan.

I følge Heggdal (2006) fremmer sykepleiedokumentasjon individuell pleie dersom den ikke bare inneholder generelle opplysninger, men også inneholder dokumentasjon av individuelle behov, problem, ressurser, mål og tiltak som er tilpasset pasienten. De fleste pasienter synes det er en fordel om pleiepersonalet arbeider ut fra en felles avklaring av hvordan de skal møte pasientens behov for hjelp. Heggdal hevder at pasientene føler en større grad av trygghet når tiltakene utføres noenlunde likt fra dag til dag. En måte å kvalitetssikre dette på er å opprette en pleieplan som avklarer pasientens behov for sykepleie innen rimelig tid etter innleggelse på avdelingen. Skal dokumentasjonen sikre en kontinuitet i pleien til pasienten er det av avgjørende betydning at pleierne faktisk leser seg opp om pasientens behov for pleie i journalen før går ut i stellet. Videre må pleierne kontinuerlig vurdere eventuelle endringer i pasientens situasjon og ajourføre pleieplanens mål og tiltak i forhold til evalueringene. Dette kan være en utfordring i sykehusavdelinger der pasientens helsetilstand stadig endrer seg og behovene for sykepleie ikke er stabile. Kirkevold (1996) deler pasienten tilstand og behov for sykepleie inn i fire ulike situasjoner; akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. I sykehusavdelinger befinner pasientene seg ofte i de problematiske situasjoner. I følge Moen m.fl. (2008) kan journalføringen i problematiske situasjoner ofte være ekstra krevende. Men også her skal dokumentasjonen innfri både juridiske og faglige krav. Ofte løser pleierne slike utfordringer ved å føre kliniske observasjoner som kan endre seg raskt i egne observasjonsskjema. Disse er å betrakte som en naturlig del av pasientjournalen, og skal derfor ikke dobbelføres inn i pleieplandelen av

sykepleiedokumentasjonen. Slik jeg tolker funnene i vårt materiale, er det de hurtige endringene i pasientens tilstand og behov for sykepleie i de problematiske situasjonene, som ofte skaper utfordringer for pleierne når de skal legge planer for pleien og holde dem à jour.

5.1.4 Oppsummering drøfting av resultater

Ut fra de fokus som er løftet frem og drøftet i underkapitlene foran, kan jeg vel ikke si at hovedmålet for prosjektet er nådd: *”At sykepleiere dokumenterer relevante og nødvendige data på en måte som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient.”* Jeg vil konkludere med at jeg ser forbedringer innen flere områder; svært mange pleiere viser til et mer tydelig sykepleiefaglig fokus på innholdet i dokumentasjonen, de er mer pasientfokuserte i sin tilnærming til pasientens behov for sykepleie og anvender i større grad dokumentasjonsredskapene ut fra en felles forståelse av hva som skal nedtegnes hvor. I tillegg ser det ut til at dokumentasjonen oppleves av flere som et nyttig arbeidsredskap i den daglige pleien. Flere pleiere går inn i journalen for å lese seg opp på pasientens behov for sykepleie og flere pleiere ser nytten av en godt ajourført pleieplan.

Derimot har mange av pleierne fortsatt en utfordring i det å bli faglig trygg på hva som skal betraktes som relevante og nødvendige data å nedtegne i journalen. Det er fortsatt for mange pleiere som viser til et for svakt sykepleiefaglig fokus i dokumentasjonen og som ignorerer de beslutninger som er tatt i forhold til anvendelsen av dokumentasjonsredskapene. Det er generelt en for svak og noe tilfeldig ajourføring av pasientenes pleieplaner. På tross av disse utfordringene mener jeg å ha sterkt belegg for å kunne si at pleiergruppen i feltet som sådan har vist til en fin utvikling av egen dokumentasjonspraksis, de har tatt noen viktige steg i riktig retning.

6 Erfaringer med aksjonsforskning som metode

I dette avsluttende kapittelet i rapporten vil jeg reflektere over noen av de erfaringer vi har gjort oss gjennom å benytte aksjonsforskning som metode i prosjektet. Hva har vi lært av disse erfaringene og hva kunne vi ha gjort annerledes? I presentasjonen reflekterer jeg først over feltet som fokus, deretter trekker jeg fram viktige momenter ved bruk av prosjektgruppesykepleiere som medforskere, før jeg til slutt reflekterer over egen rolle som prosjektleder. Kapittelet rundes av med noen tanker om veien videre.

6.1 Feltet

Feltet i dette prosjektet har vært sju sykehusavdelinger med ulike pasientgrupper og sykepleiefaglige utfordringer. Pleiergruppen har bestått av både sykepleiere og hjelpepleiere. Vi har verken kartlagt pleiernes ansettelsesforhold i form av stillingsbrøker eller ansiennitet i avdelingene, eller lagt vekt på fordelingen mellom antall sykepleiere og hjelpepleiere. Jeg ser i etterkant at innsikt i slike faktorer kunne ha bidratt til forstå pleiernes erfaringer med egen dokumentasjonspraksis på en mer nyansert måte.

Det lå i prosjektets grunnidé at hele pleiergruppen i feltet skulle involveres så mye som mulig i prosjektet. De skulle få innflytelse på faglige vurderinger og valg som ble gjort. Intensjonen var at de skulle kjenne et eierforhold til endringsprosessene. Vi la opp til at pleiergruppen skulle få rikelig anledning til å påvirke prosessene i prosjekt, både gjennom kartlegginger, avdelingsmøter og felles temadager før aksjonsstart. Prosjektleder har registrert stor grad av engasjement og frustrasjon i pleiergruppen ved de fleste treffpunkt. Utfordringene har vært å legge til rette for å omskape denne energien til positiv motivasjon og tro på fremdrift. Jeg har opplevd å bli hørt i mine innlegg og

faglige argumentasjoner. At pleiergruppen gjennom ulike treffpunkter har fått tid til felles faglige refleksjoner, har sett ut til å være en motivasjon i seg selv. Slik jeg har vurdert responsen fra pleiergruppen har svært mange av pleierne både sett verdien av en god dokumentasjon og hatt tro på at tiltakene i ”Plan for aksjon” skulle bidra til positiv endring. Noen viste til ønske om større fremdrift, mens andre mente vi måtte skynde oss langsomt. Mye av frustrasjonen knyttet til dokumentasjonspraksisen gikk på generell travelhet i praksishverdagen og delvis manglende samkjøring i bruken av redskapene. Slik jeg ser dette, handlet dette mye om faglig bevissthet, motivasjon for livslang læring, lederskap og kulturbygging. Endringsprosesser i slikt omfang som i dette prosjektet krever konsentrert innsats over tid, innsats rettet både mot enkeltpleiere og avdelingenes kultur som sådan.

For å styrke fremdriften i aksjonen valgte prosjektgruppesykepleierne å knytte til seg ressurspersoner fra egen avdeling. Avdelingene la til rette for og organiserte dette på forskjellige måter. Noen avdelinger ga rom for et godt samarbeid mellom ressurspersonene og prosjektgruppesykepleierne, og ressurspersonene fikk anledning til å delta på de fagdager prosjektgruppen inviterte dem inn til. På andre avdelinger ble prosjektgruppesykepleieren derimot stående mye alene i prosjektet og fikk lite støtte fra kolleger rundt seg.

Skal man lykkes med endringsprosesser er det av avgjørende betydning at ledelsen er engasjert og støtter prosessene. I dette prosjektet hadde avdelingssykepleierne en representant både i styringsgruppa og i prosjektgruppa. Dette var viktig for å sikre muligheter for involvering og å holde lederne orientert om prosjektets fremdrift. I etterkant ser jeg at prosjektleder med fordel kunne ha jobbet tettere opp mot disse sju avdelingssykepleierne som egen gruppe i prosjektet, jeg burde ikke bare møte dem enkeltvis på avdelingsmøter eller temadager. Ut fra tilbakemeldinger fra prosjektgruppesykepleierne og

ressurspersoner følte ikke lederne seg alltid godt nok orientert og de fikk heller ikke bidra til å sette så mye fokus på endringsprosessen i praksis som de hadde håpet på.

Slik prosjektleder la opp til i dette prosjektet ble det viktig å avklare pleiergruppens holdninger og motivasjon til egen dokumentasjonspraksis. Gjennom kjennskap til hva pleierne selv mente bidro til å fremme eller å hemme god dokumentasjon, kunne vi sette fokus for endringer spesifikt inn mot det pleierne hadde motivasjon for å forbedre. I ”Plan for aksjon” konkretiserte vi dette med tydelige mål og tiltak for endringsprosessene. I følge Jakobsen (2005) handler motivasjon om de drivkreftene som får mennesket til å handle samtidig som de har glede av det. Hun peker på sammenhengen mellom innflytelse, eierforhold til arbeidet og eget engasjement. Ut fra innsikt i noen av mekanismene bak motivasjon som drivkraft for handling, forsøkte vi i prosessen å legge til rette for opplevelse av mestring og det å kunne se resultater av egen innsats. Det ble viktig å løfte frem den verdi god dokumentasjon kunne ha for å kvalitetssikre pleien til pasienten og nytten den kunne ha som redskap i planlegging av egen arbeidsdag. I dette perspektivet var det viktig at prosjektgruppesykepleierne og ressurspersonene ga god veiledning underveis, ga positiv respons og pekte på de forbedringer de så. Som Finstad (2007) også fant i sin studie var støtte og oppmuntring fra både ledere og kolleger viktige bidrag i jobben for å motivere medarbeidere til utvikling.

I etterkant, vurderer jeg det slik at det var riktig av oss å legge så pass stor vekt på motivasjon som grunnlag for endring. Vi har bevisst lagt vekt på å holde motivasjon oppe i prosjektgruppa og satt motivasjon på dagsorden i våre møter med ressurspersonene. Tilbakemeldingene fra feltet har vært at nettopp mulighetene for involvering, å få ta ansvar og få støttet i utprøving av tiltakene i ”Plan for aksjon” har bidratt til å holde motivasjonen oppe.

6.2 Prosjektgruppen

Prosjektleder har gjennom organisering av prosjektet spilt på prosjektgruppesykepleierne som medforskere i gjennomføring av prosjektet. Aksjonsforskning slik jeg har tolket det i dette prosjektet, skal bidra til at forskningen *reflekterer over praksis i praksis*. I dette har jeg lagt vekt på at feltet skulle lære å forske på seg selv, høste lærdom av egen aksjon og slik kunne bidra til videre faglig utvikling også etter avsluttet prosjekt. Sykepleierne i prosjektgruppen hadde ingen tidligere prosjekterfaring og kjente ikke hverandre fra før. Vi trengte derfor noe tid i begynnelsen av prosjektet til å bli bedre kjent, og prosjektgruppesykepleiernes rolle som medforskere kom først sterkere på banen ut over i prosjektet. Jeg er klar over at svak metodeinnsikt og mangelfull erfaring i metodegjennomføring blant medforskerne kan være en svakhet for prosjektet. For å kvalitetssikre prosessene i prosjektet har prosjektleder mottatt kvalifisert metodeveiledning flere ganger under veis i prosessen. Jeg har bevisst forsøkt ikke å gjøre forskningsdelen i prosjektet mer akademisk og vanskelig enn at prosjektgruppesykepleierne kunne delta som medforskerne, og da ut fra de forutsetninger de hadde med seg inn i prosjektet.

Samtidig var det viktig for meg å involvere prosjektgruppen som medforskere i prosjektet fordi de kunne bidra i analyse og tolkning med andre nyanser enn jeg som ekstern prosjektleder kunne ha muligheter for. Innen aksjonsforskning som metode er det feltet som eier problemstillingene og endringsprosessene. Ved å la sykepleierne i prosjektgruppen få ta aktiv del i analyse av data og abstrahere innholdet i datamaterialet vil analysen preges og forstås av de som kjenner utfordringene på kroppen. Prosjektleders rolle tydeliggjøres som en ekstern veileder og mentor i prosessen.

Adolfsen og Bruun (2006) viser til en utviklingsstudie hvor de kombinerte en bottom-up tilnærming til kartlegging av fokus og muligheter for endring, med en top-down planlegging og gjennomføring av endringsprosessen. I den sammenheng benyttet sykehusets sykepleiefaglige ledelse "change-agents" i sine prosesser. Dette var spesielt utvalgte sykepleiere med høy faglig anseelse og sterk motivasjon. Disse skulle bidra til å føre de gode tanker om utvikling av sykepleien som strategi ut blant kollegene. Disse "Change-agents" kan sammenlignes med prosjektgruppesykepleierne i vårt prosjekt. Også disse ble håndplukket av styringsgruppen ut fra faglig interesse og motivasjon for utvikling av pleiernes dokumentasjonspraksis. Slik jeg vurderer det har bruken av slike pleiere i en prosjektgruppe vært av avgjørende betydning for fremdriften i prosjektet. De har vært limet mellom feltet og prosjektet. De har vært veiledere, motivatorer og pådrivere både opp mot pleiergruppen i egen avdeling men også knyttet prosjekt tettere opp mot ledelsen i avdelingen. Samtidig har de kontinuerlig tatt med seg tilbakemeldinger og erfaringer fra endringsprosessene i egen avdeling tilbake til diskusjon i prosjektgruppen. Prosjektgruppesykepleierne har vært viktige faktorer for å sikre "feed-back" sløyfer i aksjonen.

Prosjektleder oppfordret medlemmene i prosjektgruppen til å gjøre egne refleksjoner og notater underveis i prosessen. De ble utfordret til å evaluere egen rolle som deltakere i prosjektgruppen og reflektere over egne erfaringer gjennom det å delta i et slikt samarbeidsprosjekt. Dette ble nyttige notater for prosjektleder å trekke veksler på i den overordnede analysen av prosjektet.

Som prosjektleder har jeg hatt gleden av å samarbeide tett med en prosjektgruppe som virkelig har gått inn for å skape positive endringer i eget felt. Sykepleiere med en reflektert forståelse over eget fag, sterk motivasjon for utvikling og ydmykhet overfor kollegers kompetanse og erfaringsgrunnlag. I

tillegg har de hatt respekt for de metodiske krav i prosjektet som jeg har løftet frem, de har sett betydningen av også forskningsdelen i prosjektet.

6.3 Prosjektleders refleksjoner

Dette prosjektet, gjennomført med aksjonsforskning som metode har vært en spennende og krevende prosess. Planlegging og gjennomføring av aksjonsdelen av prosjektet har gitt meg kontakt med et praksisfelt som har sett verdien av å styrke utøvelsen av eget fag, og villig åpnet opp for at jeg som utenforstående fikk komme inn å delta i deres endringsprosesser. Forskningsdelen av prosjektet har ikke vært like oversiktlig og har bydd på de største faglige utfordringene.

Aksjonsdelen av prosjektet

Aksjonsdelen, den praksisnære delen av prosjektet, har skapt engasjement i feltet. Gjennom utarbeidelsen av ”Plan for aksjon” konkretiserte prosjektgruppen mål og tiltak for endringsprosessenene. Ut fra prosjektgruppesykepleiernes refleksjonsnotater, kan det se ut som selve arbeidsdokumentet ”Plan for aksjon” ikke har vært like godt kjent for alle pleierne. Allikevel kom det tydelig frem av datamaterialet at pleierne kjente både innhold og fokus i prosjektet. Mange ønsket aksjonen velkommen og hadde tro på at positive endringer ville lette deres arbeidshverdag.

”Plan for aksjon” var delt inn i fire fokus, hvert med hovedmål, delmål og ulike tiltak. Det kan virke voldsomt når mange ulike grep settes i verk samtidig. For noen pleiere kan dette virke både uoversiktlig og uoverkommelig, motivasjonen kan synke av den grunn. For andre har nettopp denne brede aksjonen vært et bilde på at her skal det skje noe som virkelig bidrar til å skape endring og blitt motiverte av den grunn. Som prosjektleder ser jeg at alle fire fokus var nyttige og relevante. At avdelingene i tillegg til felles tiltak i fokus 1 også fikk komme

med lokale tiltak var en styrke. Målene i "Plan for aksjon" ble en motivasjon for innsats, noe å strekke seg etter. Prosjektleder burde ha tydeliggjort for pleiergruppen langsiktigheten i prosessene. I ettertid kan man jo vurdere om målene kanskje ikke burde nås innen utgangen av 2008, men mer burde benyttes for å gi en retning for en langvarig prosess. Hovedmålene i "Plan for aksjon" burde ha vært splittet opp i konkrete delmål. Å erfare at man når mål, at handling og endring nytter, slik vil man kunne styrke pleiernes motivasjon ytterligere.

Forskningsdelen av prosjektet

Slik jeg vurderer prosjektet nå i etterkant ble verken det teoretiske fundamentet eller analyseprosessene så grundige som de burde være. Verken tidsrammer, økonomi eller faglige ressurser ga oss muligheter for å gå så dypt inn i tema som ønskelig. Forskningsutbyttet av prosjektet hadde nok blitt bedre om vi innledningsvis hadde gjort en mer systematisk litteraturstudie opp mot tema. En bedre innsikt i relevant forskning hadde styrket utarbeidelsen av kartleggingsredskapene. Dette må prosjektleder ta selvkritikk på. En bedre metodeinnsikt og erfaring hadde også styrket analysen og tolkningen av innsamlede data. Jeg ser slik den verdien ekstern metodeveiledning har på slike prosjekter.

I dette prosjektet har vi samlet inn svært mye datamateriale, data som gir oss et bilde av praksis både ved baseline og etter mange måneder med en målrettet aksjon. Utfordringene har vært å tolke hva dette datamaterialet faktisk kan si oss noe om, gyldigheten og relevansen av data. Slik jeg ser det kan svak metodeinnsikt lettere gi rom for feiltolkninger. Dette har prosjektleder forsøkt å ta hensyn til ved stadig å gå tilbake til feltet å innhente reaksjoner på tolkninger og funn; kjente pleiergruppen igjen de beskrivelser prosjektgruppen mente datamaterialet kunne gi? Å benytte prosjektgruppesykepleierne som

medforskere ga meg muligheter for hele tiden å kommunisere opp mot feltet i metodegjennomføringen, de sikret gode ”feed-back” sløyfer under hele prosjektet.

Kunnskapen vi kan lede ut av dette prosjektet, viser til innsikt i faktorer som påvirker pleieres dokumentasjonspraksis. Denne innsikten kan nyansere vår tidligere forståelse og gi oss nyttige innspill på hvordan både personlige og strukturelle faktorer kan påvirkes for å sikre faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen.

Videre utfordringer

Dette prosjektet har vært gjennomført med aksjonsforskning som metode, en metode som har vektlagt intervensjoner som skulle bidra til at feltet kom inn i en positiv utviklingsspiral. Dette mener jeg vi har oppnådd ved de avdelinger som inngår i prosjektet. Den positive energien vi har sett i pleiergruppen blir det viktig å utnytte i en videreføring av den aksjon dette prosjektet har startet på. Den sykepleiefaglige ledelsen ved sykehuset bør holde fast på og bringe videre de positive aspektene i endringene. Den enkelte pleier bør kjenne det ansvar han/hun selv har for å holde seg faglig a jour og bidra til å utvikle egen praksis slik at pasientene kan motta pleie av best mulig kvalitet og kontinuitet.

Litteraturliste

Adolfsen, H og Bruun, P (2006); En strategi for utvikling af sygeplejen – erfaringer med en udforming, implementering og evaluering. *Vård i Norden* 4/2006. Publ. No. 81 Vol. 26 No. 3 PP 49-53.

Anvik, V H (2004); Aksjonsforskning - Et samarbeidsprosjekt. Å forbedre praksis gjennom praksis. *Vård i Norden* 3/2004. Publ.No. 73 No. 3 PP 4-9

Björvell, C, Wredling, R and Thorell-Ekstrand, I (2003); Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4), 402-410.

Bjørnsson, K (2004); Udviklingstrætte sygeplejersker. *Sygeplejersken*, Blad nr. 23/2004.

Cristensen, B (2004); Sykepleiernes yrkesetikk svekkes av jussen. Tidsskriftet *Sykepleien* nr 8 2004 side 42-45.

Dahl, K, Julnes, S og Vatne S (2008); Den glemte anamnesen.... Er det samsvar mellom pasientens opplevelse av egen helse og sykepleiernes dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2008; 10: 4, 16-27.

Drange B B (2001). *Sykepleieres erfaring med administrative pleieplaner*. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag: Sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, senter for etter- og videreutdanning, Universitetet i Bergen.

Drange, B B (2002); Kvalitet, eller...?. Tidsskriftet *Sykepleien*, nr. 21 2002

Finstad, A (2007); *Er du motivert for fagutvikling og forskning? Hvordan skape motivasjon hos anestesisykepleiere i en anesthesiavdeling til å drive fagutvikling og forskning i anestesisykepleie?* Masteroppgave i yrkespedagogikk, Høgskolen i Akershus, mai 2007.

Fiskum, E (2002); *Pasienten først? En kvalitativ studie av sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved kirurgisk avdeling*. Hovedfagsoppgave vår 2002, Hovedfag Helsevitenskap, Norges teknisk-vitenskapelige universitet, NTNU.

Fiskum, E (2006); *Sykepleiernes dokumentasjonspraksis. Et arbeidsnotat som beskriver sykepleiernes opplevelser og tanker rundt egen dokumentasjonspraksis*. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr 210, Steinkjer 2006

Fiskum, E (2008); "Prosjektgruppens foreløpige funn og avklaring av videre utfordringer i sykepleiernes dokumentasjonspraksis pr desember 2008." Delrapport i prosjektet; En utvikling av sykepleiernes kompetanse for å sikre faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie i pasientens elektroniske journal (EPJ). Upublisert, Høgskolen i Nord-Trøndelag, 2008.

Florin, J, Ehrenberg, A and Ehnfors, M (2005); Patient participation in clinical decisionmaking in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 2006 vol.15, 1498-1508

- Grønvold L (2000). *"Rapport handler om at noe er viktig" en kvalitativ studie av hvordan sykepleierne rapporterer og hva kjennetegner innholdet i de muntlige og skriftlige rapportene*. Hovedoppgave Embetsstudiet i sykepleievitenskap ved Universitetet i Tromsø, avdeling for sykepleie- og helsefag, april.
- Heggdal K (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (1999a); *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. LOV-1999-07-02-64
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (1999b); *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2000); *Forskrift om pasientjournal*. FOR-2000-12-21-1385
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2006-2007); *Nasjonal helseplan (2007-2010)*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6.
- Holter, I M og Schwartz-Barcott, D (1993); Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal in Advanced Nursing*, 18: 298-304.
- Hummelvoll, J K (2003); *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hyde, A, Tracy, M, Scott, A, Butler, M, Drennan, J, Irving, K, Byrne, A, MacNeela, P and Hanrahan, M (2005); Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the "voice of nursing". *Nursing Inquiry* 2005; 12 (2): 66-77
- Håkonsen, K M (2003); *Innføring i psykologi*. Revidert utgave, Gyldendal.
- Jakobsen, R (2005); *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleie*. 2. Utgave, Gyldendal Akademisk.
- Kalleberg R (1992). *Konstruktiv samfunnsvitenskap. en fagteoretisk plassering av "aksjonsforskning"*. Oslo: institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo. Rapport nr. 24.
- Kirkevold, M (1996); *Vitenskap for praksis?* Ad notam Gyldendal
- Kirkevold, M (2001) Klinisk sykepleie – refleksjoner over fagets kjerne og avgrensinger I: Gjengedal og Jakobsen (red) (2001) *Sykepleie – praksis og utvikling* (utg. 1., ss 46-55) Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Kunnskapsdepartementet (KD) (2008); *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsett 25. Januar 2008 av Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S (1996); *InterView. An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publ, 1996.

- Kärkkäinen, T, Bondas, T og Eriksson, K (2005); Documentation of Individualized Patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 2005 12 (2) p 123-132.
- Kaasa, K (2004); *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på*. Gyldendal forlag.
- Leirvik, Å M (2007); *Fagutvikling på sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt*. Masteroppgave i yrkespedagogikk, mai 2007. Høgskolen i Akershus, avdeling for yrkespedagogikk.
- Löfman P, Pelkonen M and Pietilä AM (2004). Ethical issues in participatory action research. *Scand J Caring Sci*; 2004; 18; 333-340
- Malterud, K (2003); *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring*. 2. utgave, Universitetsforlaget, Oslo.
- Moen, A, Mølsted, K og Dale C (2003); Den problematiske sjukepleiedokumentasjonen. *Tidsskriftet Sykepleien* nr 5/2003.
- Moen, A, Hellesø, R og Berge, A (2008); *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Akribe
- Molven, O (2006). *Sykepleie og jus*. Gyldendal Norsk forlag AS
- McNiff, J (2002); *Action research for professional development. Concise advice for new action researchers*. [<http://jeanmcniff.com/booklet1.html#2>] (29.05.08)
- Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for IKT og dokumentasjon (NSFID) (2007); *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Norsk Sykepleierforbund, 3. utgave februar 2007.
- Nortvedt, P (2008); *Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk*. Universitetsforlaget.
- Oppheim A E (2004). *Samsvar mellom pasientens preferanser og sykepleiernes prioriteringer. En beskrivende studie av samsvaret mellom pasientenes preferanser og sykepleiernes prioriteringer slik de er nedfelt i sykepleiedokumentasjonen*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Sandvand, E og Vabo, G (2007); *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Høyskoleforlaget.
- Sjøvoll, N (2001); *Aksjonsforskning i sykepleie - en kommunikativ utfordring. En litteraturstudie av utviklingen i aksjonsforskning i sykepleien etter 1994*. Hovedfagsoppgave høsten 2001. seksjon for helsefag. det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Solvang, A (2005); Stille rapport. *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 19/2005.
- Sosial- og helsedepartementet (SHD) (1998); *Ot prp nr. 13 (1998-99); Om lov om helsepersonell mv (Helsepersonelloven)* Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 13. November 1998.

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) (2004); *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201, Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) (2005);*Og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. IS-1162, Veileder.

Sosial og helsedirektoratet (Shdir) (2006); *Saksbehandling og dokumentasjon. For pleie- og omsorgstjenester*. Veileder IS- 1040

Stokke T A (1999). Sykepleiedokumentasjonen holder sjelden mål. *Tidsskriftet Sykepleien*, 10, s. 48-50.

Vedlegg I: Refleksjonsskjema

Tanker omkring min egen dokumentasjonspraksis

Skriv ned med dine egne ord det du føler for. Utdyp gjerne med eksempler.

- 1 A. Hva vektlegger du å skrive om i pasientens journal?
- 1 B. Hvorfor synes du det er viktig å skrive ned dette?
2. Hvilken betydning har pasientjournalen for deg i ditt daglige virke?
3. Hvordan påvirker pasientens pleieplan, nedfelt i G3, deg i ditt møte med pasienten?
4. Hvilke lovkrav kjenner du til som innvirker på din egen dokumentasjonspraksis
5. Nevn noen faglige argumenter du kjenner til for hvorfor vi skal dokumentere selvstendig helsehjelp i pasientens journal
6. Informasjon til pasient/pårørende er en naturlig del av dine arbeidsoppgaver. Hva vektlegger du å dokumentere i forhold til denne informasjonen og hvorfor?
7. Vis eksempler på aktuelle problemstillinger du oppretter i G3 og hvordan du beskriver problemet i G3.
8. Hva opplever du eventuelt som hindringer for at dokumentasjonen kan brukes som et nyttig arbeidsredskap? (Begrunn gjerne svaret ditt)
9. Hvilke forventninger har du til dokumentasjonen for at den skal oppleves god og nyttig?

Vedlegg II: Informasjonsskriv respondenter refleksjonsskjema

Informasjon knyttet til vedlagte skjema

Du har nå fått tilsendt et skjema som vi ber deg fylle ut og levere tilbake på din arbeidsplass. Sykehuset Namsos har fått innvilget midler til å kunne utføre et samarbeidsprosjekt mellom fem ulike sengeposter ved sykehuset og HiNT, avd Helsefag. Din avdeling deltar i dette samarbeidsprosjektet. Prosjektet startet opp i oktober 2007 og vil være avsluttet innen utgangen av 2008. Prosjektet har fokus på utvikling av sykepleiernes dokumentasjonspraksis og har følgende tittel:

"En utvikling av sykepleiernes kompetanse for å sikre faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie i pasientens elektroniske journal (EPJ)."

For å kunne få et så riktig bilde av dagens praksis som mulig, er det viktig at du skriver ned **dine egne erfaringer** knyttet til det å dokumentere i pasientens journal. Vi ønsker ikke at dere sitter flere kolleger sammen og reflekterer dere frem til de mest "riktige svarene".

Spørreskjemaet har fokus på innholdet i sykepleiedokumentasjonen. Spørsmålene er åpne. Svar det du føler for, dette er ikke en kunnskapstest. Vi ønsker at du svarer så nært opp til dine egne opplevelser i praksishverdagen som mulig. Hvor mye du vil skrive velger du selv. Bruk gjerne eksempler for å beskrive det du vil si. **Det er viktig for oss at så mange som mulig fyller ut dette skjemaet og leverer det tilbake på sin avdeling.**

Ved å levere inn dette skjemaet til din avdeling samtykker du til å delta i denne studien. Ditt svar vil **kun** bli lest av prosjektleder og fullstendig anonymisert. Ditt skjema vil oppbevares nedlåst inntil studien avsluttes desember 2008, da vil alle data makuleres.

Har du spørsmål knyttet til spørreskjemaet kan du ta kontakt med din avdelingskontakt i prosjektgruppa eller undertegnede.

Svarfrist

Vi ber deg levere skjemaet ferdig utfyllt i lukket konvolutt på din egen avdeling innen 19.11.07. Svarkonvoluttene legges i egen boks på avdelingen.

Prosjektgruppe

Eva Fiskum, HiNT, *prosjektleder*

Grethe V. Kveli, avdelingssykepleier Med H5

Ellen Vestgøte, sykepleier/praksisveileder Med H5

Bodil Lian Hildrum, spesialsykepleier geriatri Med H4

Brit Thorsen, sykepleier/praksisveileder Kir H3

Ann Kristin Lænd, sykepleier/verneombud Kir D3

Ingrid Flø, intensivsykepleier Intensiv avd

På forhånd takk for ditt bidrag.

Med vennlig hilsen

Eva Fiskum

Prosjektleder

Vedlegg III : Informasjonsskriv informanter intervju

Informasjon vedrørende intervju

Sykehuset Namsos har fått innvilget midler til å kunne utføre et samarbeidsprosjekt mellom fem ulike sengeposter ved sykehuset og HiNT, avd Helsefag. Din avdeling deltar i dette samarbeidsprosjektet. Prosjektet startet opp i oktober 2007 og vil være avsluttet innen utgangen av 2008. Prosjektet har fokus på utvikling av sykepleiernes dokumentasjonspraksis og har følgende tittel:

"En utvikling av sykepleiernes kompetanse for å sikre faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie i pasientens elektroniske journal (EPJ)."

Som et ledd i dette prosjektet ønsker vi å danne oss et bilde av den dokumentasjonspraksis som finnes i avdelingene pr i dag. Vi ønsker blant annet å kartlegge hvordan sykepleierne benytter sykepleiedokumentasjon som et arbeidsredskap i egen praksis.

I den sammenheng ønsker vi å intervju en pleier ved hver sengepost som inngår i prosjektet. Du er trukket ut fordi du fyller gitte kriterier (blant annet at du er fast ansatt og går i minimum 75 % stilling). Intervjuet vil skje i din arbeidstid og er beregnet å ta ca 20-30 minutter.

Intervjuet vil utføres av din kollega som inngår i prosjektgruppen, se nedenfor. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut av prosjektleder i stikkordsform i etterkant. De data du deler med oss i intervjuet vil bli anonymisert og brukt på en slik måte at du som person ikke skal kunne identifiseres. Det vil komme et oppfølgingsintervju høsten 2008.

Vi ønsker å spørre deg om din egen dokumentasjonspraksis slik du utøver den i dag, hvordan du benytter sykepleiedokumentasjon som et arbeidsverktøy i hverdagen. Vi ønsker i *denne* sammenheng ikke å reflektere over hvordan din praksis burde vært, men hvordan du opplever din bruk av sykepleiedokumentasjon i dag. Intervjueren vil bringe med seg en intervjuguide med på forhånd avklarte fokus, felles for alle intervjuene i prosjektet. Denne guiden vil bidra til å legge en struktur på intervjuet. Gjennom å takke ja til å delta i dette intervjuet samtykker du til at data fra intervjuet vil kunne bli brukt i prosjektet under planlegging og rapportering. Data fra intervjuet vil anonymiseres og oppbevares nedlåst av prosjektleder.

Har du spørsmål knyttet til intervjuet kan du ta kontakt med din avdelingskontakt i prosjektgruppa eller undertegnede.

Prosjektgruppe

Eva Fiskum, HiNT, *prosjektleder*

Grethe V. Kveli, avdelingssykepleier Med H5

Ellen Vestgøte, sykepleier/praksisveileder Med H5

Bodil Lian Hildrum, spesialsykepleier geriatri Med H4

Brit Thorsen, sykepleier/praksisveileder Kir H3

Ann Kristin Lænd, sykepleier/verneombud Kir D3

Ingrid Flø, intensivsykepleier Intensiv avd

Vi vil takke for din deltakelse.

Med vennlig hilsen

Eva Fiskum

Prosjektleder

Vedlegg IV : Intervjuguide

Intervjuguide

1. Hvor ofte benytter du EPJ i løpet av en vakt og i hvilke situasjoner?
2. I hvilke situasjoner går du inn og leser i spl.dokumentasjonen?
 - Opplever du at det som står nedskrevet i pasientens dokumentasjon er relevante og nødvendige data?
 - Hvilke data savner du eventuelt nedtegnelser om?
3. Når føler du det blir viktig å få nedtegne data i pasientens journal?
 - Hva handler slike nedtegnelser ofte om?
4. Hvilken nytteverdi opplever du at innholdet i spl.dokumentasjonen har for deg i ditt møte med pasienten?
5. Hvilke fordeler ser du ved å bruke sykepleiedokumentasjon?
6. Hva hindrer deg i å bruke sykepleiedokumentasjonen?
7. Beskriv situasjoner der du opplever det nyttig at flere kolleger sammen drøfter innholdet i spl.dokumentasjonen

Vedlegg V: Program temadag for pleiergruppen

Temadager for pleiergruppen ved Sykehuset Namsos 2008

DOKUMENTASJON

Sted: HiNT Kjelvika, kl. 09.00-15.00 (20/2, 25/2, 28/2, 3/3, 4/3, 5/3)

Foreleser: Eva Fiskum

- Resultater fra kartlegging november 2007
- Hvordan skal vi dokumentere selvstendig helsehjelp?
 - Juridiske krav
 - Faglige hensikter
- Pasientrettigheter og dokumentasjonsplikt - Bevisstgjøring av grunnlaget for å vurdere hva som kan forstås som relevante og nødvendige data
 - Pasientperspektiv
 - Sykepleiefaglig identitet
 - Pleiekultur og kulturens betydning
- Formålet med dokumentasjon
 - Hva kjennetegner en god kvalitet på en tjeneste
 - Hva er sykepleiens kjernefokus
 - Faglig forsvarlig dokumentasjon av sykepleie
 - Generelle mål ved all pleie og omsorg
 - Holdninger og motivasjon
- Dokumentasjon som arbeidsredskap
 - VIPS-modellen
 - Hvordan styrke en positiv opplevelse av dokumentasjon som et viktig og nyttig arbeidsredskap?
- Gjennomgang av Plan for aksjon

Vedlegg VI: Plan for aksjon

Plan for aksjon - oppstart 25.03.08

Plan for aksjon gjelder postene; H5/H5C, H4, H3, Intensiv, C3 og D3.

Den enkelte pleier har et selvstendig ansvar for å iverksette tiltakene i Plan for aksjon. Arbeidet med Plan for aksjon vil bli evaluert avdelingsvis på et avdelingsmøte før sommerferien. Evt. justeringer ajourføres i Planen innen utgangen av august. Det planlegges en systematisk evaluering av aksjonens effekt i løpet av oktober/november 2008.

Lykke til med aksjonen !

Fokus 1: Utnyttelse av rammefaktorer

Mål: Pleierne utnytter tilgjengelige rammefaktorer optimalt i forhold til egen dokumentasjonspraksis.

Delmål 1

Tilgjengelige rom og PC-er utnyttes optimalt.

Delmål 2

Daglige rutiner skaper rom og kultur for sykepleiefaglige diskusjoner og lesing og skriving i EPJ.

Delmål 3

Sykepleie nedfelt i G3 er et naturlig utgangspunkt ved informasjonsutveksling ved vaktskifter.

Tiltak

- Gjennomgang av avdelingens rutiner for å sikre skjermtid og rom til faglige møter.
- Planlegg optimal plassering og bruk av avdelingens PC'er.
- Rapportene ved vaktskifter skal ta utgangspunkt i sykepleiedokumentasjon. Det skal settes av tid til å lese seg opp i EPJ.
- Dokumentere fortløpende gjennom vakta.
- Den enkelte pleier skal utnytte tilgjengelige rammefaktorer slik at dokumentasjon blir en naturlig del av sykepleien.

Ytterligere konkretiseringer av tiltak Fokus 1 utarbeides avdelingsvis; *se egne oppslag i avdelingen.*

Fokus 2: Styrke sykepleiefagligfokus i dokumentasjonen.

Mål: Pleierne dokumenterer relevante og nødvendige data på en måte som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient.

Delmål 1

Pasienten har medvirkning under planlegging, gjennomføring og evaluering av pleien.

Delmål 2

Pleierne dokumenterer nødvendige og relevante data som fører til individuell tilpasning og kontinuitet i pleien.

Delmål 3

Pleiegruppen bruker dokumentasjon som et aktivt arbeidsredskap.

Delmål 4

Dokumentasjonen har sykepleiefokus, og er hele tiden ajourført.

Tiltak:

- Den enkelte pleier oppdaterer seg i sykepleiejournalen før møte med pasienten.
- Den enkelte pleier har ansvar for kontinuerlig å vurdere behov for ajourføring av G3.
- Den enkelte pleier skal samarbeide med pasient (pårørende) om avklaring av pasientens behov for sykepleie (planlegging, gjennomføring og evaluering av pleien).
- Pleiegruppen skal samarbeide om utfylling av G3.
- Gi positive kommentarer til gode og ajourførte planer i G3.
- Problem/behov:
 - Problem/behov skal benevnes med søkeord fra VIPS malen, for eksempel "Eliminasjon". Kan lage sammensatte behov der det er hensiktsmessig, for eksempel "Eliminasjon/Velvære".
 - Bruk standard mal: "Data/beskrivelse av problem og ressurs", og fyll ut med nødvendige og relevante data. Utdyp problemet med årsak, symptom og konsekvenser. Pasientens ressurser (evner, kunnskap og vilje) skal kartlegges.
- Mål/delmål:
 - Skal være realistiske, motiverende og evaluerbare.
 - Bør skrives i samråd med pasienten (pårørende).
- Tiltak:
 - Skal benevnes: I forhold til (Ift.) og problemets overskrift, for eksempel "Ift. eliminasjon".
 - Bruk "Generell tiltaksmal" i Tiltaksboksen. Punktet *Medvirkning* skal alltid brukes. Punkter i malen som ikke benyttes slettes før utreise.
 - Avdelingsvise standardtekster kan i tillegg legges inn i Tiltaksboksen, men de må tilpasses pasientens situasjon og behov.
- Evaluerings:
 - Problem/behov, mål og tiltak evalueres fortløpende med relevante data. Enkel VIPS mal kan brukes for å få bedre oversikt når vi evaluerer. Fjern søkeord som ikke blir brukt.

Nye opplysninger kan tilføyes under oppholdet, både under Problem og Tiltak, dette gjøres ved å sette dato, tekst og signere (XXX). For å dokumentere og begrunne større endringer kan også boksen Oppnådd resultat brukes.

Fokus 3: Økt samkjøring og likhet i bruken av dokumentasjonsredskapene mellom avdelingene

Mål: Det er en økt samkjøring og likhet i bruken av dokumentasjonsredskapene mellom avdelingene.

Delmål 1

Veileder og VIPS mal oppleves som nyttige oppslagsverktøy, og brukes aktivt i den daglige dokumentasjonspraksis.

Delmål 2

Pleierne har felles forståelse for og bruk av dokumentasjonsredskapene.

Tiltak:

- Revidert veileder (ferdig april 2008) gjøres kjent for personalet i avdelingene. Veilederen skal være lett tilgjengelig i skrivesituasjoner, blant annet på Intranett under: "*Elektroniske verktøy*" - "*EPJ*" - "*Sykepleiere*."
- Prosjektsykepleiere, ressurspersoner/superbrukere skal være aktive pådrivere i aksjonen.
- Den enkelte pleier bruker veileder og VIPS-mal som oppslagsverktøy under sin daglige dokumentasjon av sykepleie.
- Felles forståelse for og bruk av *koordineringsboksen*.
 - Bruk støtteteksten i "Dataguide for VIPSmodellen".
 - Unngå dobbeltføring fra medisinsk kurve.
 - Skal ikke benyttes til daglig rapport
- Felles forståelse for og bruk av *informasjonsboksen*.
 - Bruk støttetekst i "Dataguide for VIPSmodellen".
 - Den enkelte pleier vurderer hva som er relevant og nødvendig å dokumentere i forhold til selvstendig informasjon.
 - Ved behov bør det lages en plan for hvordan man vil sikre at pasient (pårørende) opplever seg tilstrekkelig informert før utreise. Må ses i sammenheng med resten av G3 - unngå dobbeltføringer.
 - Ved medisinsk relatert informasjon kan det være relevant å dokumentere pasientens reaksjon på informasjon og behov for sykepleiefaglig oppfølging.
- Felles forståelse for og bruk av *utskrivingsplanleggingsboksen*.
 - Bruk støttetekst i "Dataguide for VIPSmodellen"
 - Bruk malen "Sjekkliste ved utreise".

Fokus 4: Styrke sykepleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter og de juridiske krav som stilles til dokumentasjon

Mål: Pleierne har kunnskaper om dokumentasjonens hensikter og kjenner til hvilke juridiske krav som stilles til dokumentasjon.

Delmål 1

Den enkelte pleier gjør faglige vurderinger som bidrar til en faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon.

Delmål 2

Avdelingens faglige og etiske profil på sykepleie benyttes som grunnlag for refleksjoner omkring hva som kan være relevante og nødvendige data å nedtegne i pasientens journal.

Tiltak

- Den enkelte pleier dokumenterer i samsvar med juridiske krav og faglige hensikter.
- Avdelingens faglige profil og viktige sider i pleiernes yrkesetiske retningslinjer rammes inn og henges opp godt synlig for alle pleiere, pasienter og pårørende.
- Den enkelte pleier bruker pasientjournalen som et naturlig grunnlag ved all informasjonsutveksling og faglige diskusjoner omkring pasientens behov for sykepleie.
- *Forskrift om pasientjournal* benyttes som et hjelpemiddel i egen dokumentasjonspraksis (spesielt §8 - krav til journalens innhold).

Det går likar no...



Dokumentasjon av sykepleie i EPJ

Et samarbeidsprosjekt mellom alle sengeposter
Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag og
Høgskolen i Nord-Trøndelag, grunnutdanning
sykepleie Namsos

Pasienten i sentrum

- Bedre kjent med pasienten
- Mer individuelt tilpasset sykepleie
- Økt pasient-medvirkning

Dokumentasjonspraksis

- EPJ et nyttig arbeidsredskap
- Styrket samarbeid på tvers av avdelinger
- Mer bevisst bruk av tid og ramme faktorer
- Revidert veileder med konkrete eksempler

Sykepleiefaglig

- Styrket sykepleiefaglig fokus i EPJ
- Daglige fagmøter

Prosjekt mål

- 🔧 Styrket kompetanse blant sykepleiere sikrer faglig forsvarlig sykepleie og dokumentasjon av denne i EPJ
- 🔧 Aktiv bruk av ajourførte og individuelt tilpassede planer for pleien til pasienten gir kvalitet og kontinuitet

Metode - Aksjonsforskning

- 🔧 Utvikling av praksis på sykepleiernes egne premisser
- 🔧 Delaktighet i endringsprosesser styrker eierforholdet til endringene
- 🔧 Aksjonsforskning - en parallell til sykepleieprosessen
 - Kartlegging av eksisterende dokumentasjonspraksis
 - Vurdering av behov for og ønsker om endring
 - Utarbeidelse av en "Plan for aksjon" - Mål og tiltak som styrker sykepleiepraksis
 - Aksjon/handling
 - Evaluering

Resultater



Prosjektleder: Eva Fiskum høgskolelektor, HiNT – avd. Helsefag

Et utviklingsprosjekt med fokus på sykepleiernes dokumentasjonspraksis

Tidsrammen for samarbeidsprosjektet mellom praksisfelt og høgskole er fra september 2007 ut desember 2008.

Vi valgte tidlig i prosessen å gå for en inkluderende samarbeidsmodell, der praksisfeltet skal oppleve et godt eierforhold til endringsprosessene. Aksjonsforskning ble derfor valgt som metode for prosjektet.

Endringsprosessen

1. *Kartlegging* av dagens dokumentasjonspraksis; spørreskjema med åpne svaralternativer til alle pleiere og dybdeintervju av en sykepleier fra hver avdeling. Svarene ga oss et innblikk i sykepleiernes kunnskaper om dokumentasjon og deres holdninger til å benytte EPJ som et arbeidsredskap.
2. *Vurdering*; På bakgrunn av kartleggingen ble det vurdert ulike behov for endringer i praksis. Vi så at det var noe ulik praksis fra avdeling til avdeling. Et mål ble å samkjøre alle avdelingene i en mer samkjørt bruk av EPJ. I tillegg var det behov for å gjennomføre en del lokale endringer ved de enkelte avdelinger.
3. Det ble i samarbeid med avdelingene utarbeidet en "*Plan for aksjon*". Planen ble delt inn i fire fokus, hvert med egne hovedmål, delmål og tiltak.
 - Bedre utnyttelse av eksisterende rammefaktorer
 - Styrke sykepleiefaglig fokus i dokumentasjonen
 - Økt samkjøring og likhet i bruken av dokumentasjonsredskapene mellom avdelingene
 - Styrke sykepleiernes kunnskaper om dokumentasjonens hensikter og de juridiske krav som stilles til dokumentasjon
4. *Aksjonsfasen* ble satt fra mars til november 2008. Innledende temadag for alle ansatte i pleiergruppen. Utarbeidelse av en skriftlig Veileder for sykepleiedokumentasjon. Hver avdeling fikk veiledning underveis i egen endringsprosess. Avdelingsvise evalueringer av aksjonen underveis i prosessen.
5. *Evaluering*; Kartlegging av dokumentasjonspraksis etter aksjon, samt en evaluering av måloppnåelse relatert til "*Plan for aksjon*".

Resultater

Pasienten i sentrum

- Pasientens subjektive opplevelser og behov har kommet mer i fokus
- En bedre individuelt tilpasset og planlagt pleie, bedre kvalitet og kontinuitet
- Det er fortsatt en utfordring å sikre reell pasientmedvirkning

Sykepleiefaglig;

- Et mer tydelig sykepleiefaglig fokus på innholdet i dokumentasjonen.
- Daglige fagmøter der sykepleiefaglige utfordringer løftes frem til diskusjoner i pleiergruppen. Det må jobbe videre med å få innarbeidet en fastere struktur på avvikling av fagmøtene.

Dokumentasjonspraksis

- Bedre planer for pleien til pasienten. Det er fortsatt en utfordring å holde planene ajourførte
- EPJ benyttes mer aktivt som arbeidsredskap, både under rapporter og i fagmøter
- Utarbeidet en skriftlig Veileder for sykepleiedokumentasjon i EPJ. Inneholder gode eksempler fra praksis. tilgjengelig for alle ansatte, deles ut til nyansatte og studenter.

- Et mer bevisst forhold til bruk av egen tid; på enkelte avdelinger er rapportituasjonen endret. Mer bevisst og aktiv bruk av EPJ gjennom hele vakta.

Prosjektgruppa har i prosjektperioden vært bredt sammensatt:

Prosjektleder

- Eva Fiskum, Høgskolelektor, HiNT (eva.fiskum@hint.no)

Prosjektgruppemedlemmer

- Grethe V. Kveli, avdelingssykepleier Med H5 (Grethe.Venaes.Kveli@helse-nordtrondelag.no)
- Ellen Vestgøte, sykepleier/praksisveileder Med H5 (Ellen.EinvoldVestgote@helse-nordtrondelag.no)
- Bodil Hildrum, spesialsykepleier geriatri Med H4 (Bodil.Hildrum@helse-nordtrondelag.no)
- Brit Thorsen, sykepleier/praksisveileder Kir H3 (Brit.Thorsen@helse-nordtrondelag.no)
- Ann Kristin D. Lænd, sykepleier/verneombud Kir D3 (AnnKristin.Dyrendal@helse-nordtrondelag.no)
- Ingrid Flø, intensivsykepleier Intensiv avd (Ingrid.Flo@helse-nordtrondelag.no)

Ta gjerne kontakt med oss!!!